

CRISTHIANE APARECIDA MARIOT

**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: o discurso educativo das Equipes na
promoção da saúde ambiental.**

Dissertação apresentada como requisito parcial à obtenção do grau de Mestre em Educação, Curso de Pós-Graduação em Educação, Linha de pesquisa Educação, Saúde e Trabalho, Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.

Orientadora: Profa. Dra. Maria Cecília Marins de Oliveira.

**CURITIBA
2007**

Catálogo na publicação
Sirlei R.Gdulla – CRB 9ª/985
Biblioteca de Ciências Humanas e Educação - UFPR

M342	<p>Mariot, Cristhiane Aparecida</p> <p>Programa saúde da família: o discurso educativo das equipes na promoção da saúde ambiental. / Cristhiane Aparecida Mariot. – Curitiba, 2007. 99 f.</p> <p>Dissertação (Mestrado) – Setor de Educação, Universidade Federal do Paraná.</p> <p>1. Saúde – educação. 2. Saúde ambiental. 3. Família – saúde e higiene. 4. Política de saúde. I. Título.</p> <p>CDD 362.82 CDU 364.26</p>
------	--



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E DO DESPORTO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM EDUCAÇÃO



PARECER

Defesa de Dissertação de **CRISTHIANE APARECIDA MARIOT** para obtenção do Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO. Os abaixo-assinados: DR^a MARIA CECÍLIA MARINS DE OLIVEIRA, DR. RODRIGO DE ANDRADE KERSTEN e DR. GELSON JOÃO TESSER argüiram, nesta data, a candidata acima citada, a qual apresentou a seguinte Dissertação: **“PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: O DISCURSO EDUCATIVO DAS EQUIPES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE AMBIENTAL”**.

Procedida a argüição, segundo o Protocolo aprovado pelo Colegiado, a Banca é de Parecer que a candidata está apta ao Título de MESTRE EM EDUCAÇÃO, tendo merecido as apreciações abaixo:

BANCA	ASSINATURA	APRECIÇÃO
DR ^a MARIA CECÍLIA MARINS DE OLIVEIRA		Aprovada
DR. RODRIGO DE ANDRADE KERSTEN		APROVADO
DR. GELSON JOÃO TESSER		Aprovado

Curitiba, 22 de agosto de 2007

Prof^a Dr^a Maria Tereza Carneiro Soares

Vice-Coordenadora do Programa de Pós-Graduação em Educação

*Aos meus pais, Valdir e Mariza
e ao meu irmão Evandro.
Todo meu amor e carinho.*

AGRADECIMENTOS

A Deus por ter permitido que eu chegasse até aqui.

Aos meus pais, Valdir Mariot e Mariza V. S. Mariot, e ao meu irmão Evandro A. S. Mariot por todo o apoio e carinho recebidos durante esta etapa da minha vida.

À Professora Dr^a. Maria Cecília Marins de Oliveira, pelo envolvimento, incentivo e dedicação com que acompanhou todos os passos desta pesquisa.

Aos demais professores do Curso de Mestrado em Educação da Universidade Federal do Paraná, pelos ensinamentos.

Ao Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Saúde da Universidade Federal do Paraná e à Secretaria Municipal de Saúde de Curitiba.

Aos funcionários da Unidade de Saúde Vila Esperança e, especialmente aos sujeitos desta pesquisa pela colaboração e participação.

A todas as pessoas, familiares e amigos que direta ou indiretamente me auxiliaram ao longo deste percurso, minha gratidão.

“Saúde é uma postura humana ativa e dialética frente às permanentes situações conflituosas geradas pelos antagonismos entre o homem e o meio”.
(REZENDE, 1989, p.87).

SUMÁRIO

LISTA DE ILUSTRAÇÕES	ix
LISTA DE QUADROS.....	ix
RESUMO.....	x
ABSTRACT.....	xi
 1 INTRODUÇÃO	 10
 2 SAÚDE AMBIENTAL: EDUCAÇÃO, SAÚDE E MEIO AMBIENTE	 16
2.1 O BINÔMIO SAÚDE E MEIO AMBIENTE	19
2.2 SAÚDE E MEIO AMBIENTE NA REALIDADE BRASILEIRA	24
 3 IMPACTOS AMBIENTAIS SOBRE A SAÚDE HUMANA.....	 30
3.1 O CONCEITO AMPLIADO DE VIGILÂNCIA DAS AÇÕES EM SAÚDE AMBIENTAL	31
3.2 INTEGRALIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE AMBIENTAL	38
3.3. EDUCAÇÃO: CAMINHO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE AMBIENTAL....	42
 4 A PROPOSTA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA	 49
4.1 OS CAMINHOS E DESAFIOS DAS EQUIPES.....	51
4.2 EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)	54
 5 METODOLOGIA	 62
5.1 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS	64
5.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO	65
5.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	70
 CONSIDERAÇÕES FINAIS	 87
 REFERÊNCIAS.....	 90
BIBLIOGRAFIA CONSULTADA	92
ANEXOS	94
ANEXO A - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	95
ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO	97

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

ILUSTRAÇÃO 1- Unidade de Saúde Vila Esperança.	66
ILUSTRAÇÃO 2- Parte da área de abrangência da Unidade de Saúde Vila Esperança (vizinha à Unidade).	68
ILUSTRAÇÃO 3 – Outra vista da abrangência da Unidade de Saúde Vila Esperança (vizinha à Unidade).	69
ILUSTRAÇÃO 4- Vista da rua não pavimentada na Vila Esperança.....	72
ILUSTRAÇÃO 5 - Presença de entulho e lixo na região da Vila Esperança.	73
ILUSTRAÇÃO 6- Visualização de acúmulo de lixo nas margens do Rio Atuba.	74
ILUSTRAÇÃO 7- Vista Rio Atuba que divide o município de Curitiba (à esquerda) e Colombo (à direita).	75

LISTA DE QUADROS

QUADRO 1- Quantidade de profissionais entrevistados em relação à categoria profissional.....	70
--	----

RESUMO

O estudo trata da temática saúde ambiental inserida no contexto do Programa Saúde da Família (PSF), que consiste no modelo assistencial de abrangência internacional, instituído no Brasil pelo Ministério da Saúde, na década de 90, a fim de promover a atenção primária em saúde familiar, por meio de equipes multiprofissionais que realizam entre outras ações, educação em saúde. O Programa consolidou os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS) presente na legislação orgânica da saúde. O tema discute a relação corpo e vida, em razão da ocorrência de patologias, cuja etiologia é o meio ambiente, como as parasitoses, a leptospirose, as alergias, entre outras, que ocorrem no mundo do trabalho e na vida cotidiana. O meio ambiente é motivo de preocupação mundial, em qualquer ecossistema, a vida se mantém equilibrada naturalmente quando há preservação dos ambientes, biológico e físico, e dos fenômenos naturais que nele vigoram. Os objetivos foram pertinentes ao levantamento de princípios e diretrizes que norteiam a atuação das Equipes de Saúde da Família e à análise do processo das ações educativas voltadas à saúde ambiental, no contexto do Programa Saúde da Família (PSF). Trata-se de uma pesquisa descritiva, com análise qualitativa a partir de um estudo de caso, com base em fontes relacionadas à educação, no que diz respeito a educação ambiental, a saúde ambiental e ao Programa Saúde da Família. O estudo de caso incluiu entrevista semi-estruturada, aplicada junto aos integrantes da Equipe de Saúde da Família, da Unidade de Saúde Vila Esperança, Bairro Atuba, no Município de Curitiba, no Paraná. Como resultado, verificou-se que os profissionais entrevistados encontram obstáculos diante da resolução dos problemas sanitário-ambientais identificados, tais como: políticos, educativos, ambientais e de responsabilidade individual do cidadão. Além disso, há carência de atividades plenamente educativas por parte dos profissionais na transmissão de saberes.

Palavras-chave: educação, saúde e trabalho; saúde ambiental; atenção primária ambiental; educação em saúde; Programa Saúde da Família.

ABSTRACT

This study deals with the environment health matter inserted at the context of the Family's Health Program (PSF), that consists of the international wide ranged assistencial model, applied in Brazil by the Health Department, in the decade of 90, to promote a primary attention at the family health, by multi-professional teams that realize among other actions, health education. This Program consolidated the principles of the Health System (SUS) included in the organic legislation of health. The subject discuss the body and life relation, because the pathologies occurrences, which etiology is the environment, as the parasitism's, leptospirose, allergies, among others, that occur at the daily life and labor world. The environment is a world-wide concern, in any ecosystem, the life maintains itself naturally balanced when there are a environment preservation, biological and physical, and of the natural phenomenon that occurs in them. The objectives were relevant to the principles and directions survey that guide the Health of the Family's Teams actions and to the educational actions process aimed at environmental health at the Family Health Program (PSF) context analyzes. It's about a descriptive research, with qualitative analysis from a case study, based on related sources at education, concerning the environmental education and health, and the Family Health Program. The case study included a semi-structured interview, applied on the Family's Health Team Members of the Vila Esperança's Health Unit, Atuba Neighborhood, in the City of Curitiba, Paraná. As a result, it was found that the interwied professionaes dread find obstacles, the environment health problem identified, such as: politicians, educative, ambient and of individual responsability on citizen. Moreover of this have lack of fully educative activities in the transmission of knowledge.

Key - Words: Environmental Health; Environment primary attention; Health education; Family's Health Program

1 INTRODUÇÃO

Atualmente, a saúde humana encontra-se ameaçada pelos impactos ambientais decorrentes de agressões à natureza. Por seu lado, a saúde ambiental que se preocupa com as questões corpo e vida, depara-se com patologias advindas da falta de saneamento básico, existência de conglomerados urbanos insalubres e também riscos provenientes da exploração indevida de nichos ecológicos. Ainda, podem-se elencar as crescentes desigualdades sociais e a falta de informação que permitem estabelecer um meio ambiente propício para a disseminação de doenças cuja etiologia é o meio ambiente, no qual se inserem os mundos: do trabalho e da vida cotidiana.

Sabe-se que o processo saúde-doença tem caráter multicausal, envolvendo vários fatores, dentre eles o agente etiológico, o hospedeiro e o meio ambiente, incluindo-se neste último, os determinantes sociais.

Diante de tais situações, a preocupação com a Saúde da Família surge como uma forma de reorganizar as práticas assistenciais em saúde, para aproximar comunidade e profissional de saúde, por meio de ações humanizadas e educativas que, ao mesmo tempo trabalham o preventivo e o curativo, de modo integral.

Indiscutivelmente, as ações educativas na área da saúde ambiental viabilizam a promoção de saúde, contribuindo para a qualidade de vida, uma vez que a sociedade contemporânea tem presenciado uma grave crise no setor ambiental, no qual as alterações drásticas vêm acarretando comprometimentos para a saúde humana. Esta crise, resultante da dilapidação dos recursos naturais, das más condições de vida, da expansão de favelas, de áreas de invasão e de sistemas de valores que propiciam a expansão ilimitada do consumo material, compromete o bem - estar das famílias. Diante disso, as administrações municipais, incentivadas

por programas sociais do Governo Federal, empreendem o atendimento às comunidades periféricas dos centros urbanos, conduzindo ações intersetoriais de prática primária em saúde ambiental.

A concepção ampliada de meio ambiente abrange diversidade de conceitos, valores e representações ambientais da saúde que a tornam bastante complexa sob a ótica da educação em saúde ambiental, sendo capaz de contribuir para a inserção e reinserção de valores coletivos.

Cogitações ligadas à educação articulam referências ao meio ambiente, uma vez que há relação significativa quanto à contribuição, à implementação e à formulação de *políticas públicas saudáveis*¹, pois seu campo de atuação é amplo, rompendo as barreiras do pensamento cartesiano, fragmentado, por meio de estratégias intersetoriais e interdisciplinares.

O meio ambiente é motivo de preocupação mundial, pois em qualquer ecossistema, a vida é mantida quando o equilíbrio natural existente entre ambiente biológico, físico e fenômenos naturais é preservado. A saúde depende deste equilíbrio e, no aspecto humano, pode ser comprometido se ocorrerem alterações no meio ambiente, assim percebidas entre outras como sendo

[...] modificações ambientais, como disposição inadequada de resíduos sólidos, lançamento de efluentes sem tratamento adequado nos cursos d'água, podem criar ambientes propícios à existência de vetores de interesse em saúde pública, como roedores e artrópodes. (PHILLIPI JR; MALHEIROS, 2005, p.70).

A relação entre a preservação da saúde humana e do ecossistema como um todo ensejam medidas de saneamento básico, cuja finalidade primordial é garantir a boa qualidade do ar, do solo, da água para combater possíveis riscos de

¹São políticas sociais (de educação, saúde, emprego, etc.) que visam a criação de ambientes sociais e físicos instituindo com isso promoção de saúde. Além disso, pode-se considerar que "o objetivo de uma política saudável é o de tornar mais fáceis as tomadas de decisão saudáveis." (STROZZI, 1997, p.43).

adoecimento.

Algumas questões exigem rigorosa reflexão: a primeira, diz respeito ao papel da educação ambiental que é direcionar o homem a uma reflexão crítica acerca das ações cotidianas envolvendo o *binômio saúde e meio ambiente*, considerando o poder de responsabilidade perante a natureza sobre a qual este interfere. A segunda, com respeito ao desenvolvimento sustentável, que entre outras palavras, consiste na satisfação das necessidades básicas do ser humano, sem interferir na preservação dos bens naturais a serem consumidos pelas gerações futuras. Essas idéias, marcadamente sedutoras, visam legitimar a relação meio ambiente e crescimento econômico por meio da “preocupação” com os impactos que a degradação ambiental pode causar ao Homem ou à natureza humana.

A crise ambiental vem suscitando mudanças nas políticas sociais, percebidas nas novas propostas de reformulações e nos discursos intersetoriais vigentes. Isto se deu na década de 90 em decorrência da realização de movimentos e eventos sociais em *prol* da sustentabilidade mundial, como foi o caso da elaboração de um documento polêmico perante suas limitações e fragilidades praxiológicas, a *Agenda 21*, mediante o qual se firmaram compromissos sociais acerca do meio ambiente.

A presente pesquisa constitui-se num estudo a respeito das ações e das atividades educativas, desenvolvidas pelas equipes de Saúde da Família da Unidade de Saúde Vila Esperança, do Bairro Atuba, localizado no município de Curitiba, Paraná.

A partir destas considerações, levantam-se as problemáticas, em relação às ações e às práticas educativas, realizadas pelas Equipes da seguinte forma:

- De que maneira são formuladas as ações educativas em saúde ambiental projetadas para uma prática da vida familiar?
- Até que ponto as práticas educativas junto às famílias

repercutem e proporcionam mudanças de hábitos e comportamentos saudáveis na comunidade em que estão inseridas?

As questões acima possibilitam a formulação de hipóteses, com base no desempenho das Equipes de Saúde da Família, em suas atividades educativas, da seguinte maneira:

- Equipes de Saúde da Família desenvolvem ações educativas visando elevar a qualidade de vida das famílias.
- Atividades das Equipes de Saúde da Família com a comunidade têm contribuído para elevar o nível de saúde da sua população, sendo entendidas como limpeza, cuidados sanitários, higiene, entre outras práticas.

As problemáticas levantadas e as hipóteses formuladas permitem a elaboração dos seguintes objetivos:

Objetivos Gerais:

- Levantar os elementos da Educação Ambiental que norteiam a atuação das Equipes de Saúde da Família (ESF).
- Analisar como se processa a integralidade de ações educativas voltadas à saúde ambiental no contexto do Programa Saúde da Família (PSF).

Objetivos Específicos:

- Investigar o discurso educativo das Equipes de Saúde da Família da Unidade de Saúde Vila Esperança do Bairro Atuba, visando à promoção da saúde ambiental.
- Conhecer as ações de educação em saúde ambiental, desenvolvidas pelas

Equipes de Saúde da Família, da Unidade de Saúde Vila Esperança, do Bairro Atuba.

- Identificar os problemas sanitário-ambientais pertinentes à realidade da comunidade em estudo que possam ter relação com os problemas de saúde da comunidade.

A relevância do presente estudo está relacionada à investigação do trabalho educativo, em saúde ambiental, junto à comunidade adscrita por determinadas Equipes de Saúde da Família que atuam na Unidade de Saúde Vila Esperança, no Bairro Atuba.

A metodologia empregada nesta pesquisa é de âmbito qualitativo, descritivo, desenvolvida a partir de um estudo de caso. Buscou-se localizar fontes relacionadas à educação, no que diz respeito à educação ambiental, à saúde ambiental e ao Programa Saúde da Família. O estudo de caso incluiu entrevista semi-estruturada, aplicada a cada um dos integrantes da Equipe de Saúde da Família, da Unidade de Saúde Vila Esperança.

Considero que meio ambiente é o conjunto de elementos naturais, econômicos, culturais, sociais, populacionais que se interseccionam em cenários próprios. Estes incluem atores sociais que intervêm através da Educação Ambiental, que compreende uma dimensão transformadora conduzida por meio do diálogo e caracterizada pela interdependência de diversas áreas do conhecimento, visando com isso, à construção de cidadãos responsáveis, problematizadores e interventores da realidade sanitário-ambiental.

Para a realização do trabalho, a pesquisadora procurou respeitar os três princípios que regem a bioética: autonomia, beneficência e justiça. (SIQUEIRA, 2000, p.30). Salienta-se a necessidade de enaltecer o respeito aos princípios éticos

que regem a Bioética, já que esta pesquisa contou com o recurso de entrevistas.

Com isso, aliou-se à temática principal, isto é, saúde ambiental, a alusão do enfoque ético, com base nos princípios da autonomia, da beneficência e da justiça.

Os princípios, como o da autonomia reflete a ação humana voluntária diante dos fatos, incluindo os de caráter socioambientais, epistemológicos e metodológicos. O da beneficência, norteador e precursor do presente estudo, visa a busca por um agir humano em prol da saúde ambiental, assim como, o da justiça, que procura equalizar as diferenças, caracterizadas por desigualdades socioambientais. Cabe ressaltar que os resultados foram obtidos a partir de um respeito absoluto à realidade pesquisada.

O trabalho tem sua temática distribuída em quatro capítulos, apresentados da seguinte maneira:

No capítulo dois (2), *Saúde Ambiental: educação, saúde e meio ambiente*, apresenta-se a educação contextualizada na integralidade de ações destinadas à saúde ambiental, como instrumento da práxis sanitário-ambiental e dos impactos ambientais acarretadores de danos muitas vezes irreversíveis à saúde humana.

No capítulo três (3), *Impactos Ambientais sobre a Saúde Humana*, no qual será abordado o conceito ampliado de vigilância em saúde ambiental; a integralidade das ações em saúde ambiental e a educação, apontando caminhos para a promoção da saúde ambiental.

No capítulo quatro (4) *A Proposta das Equipes de Saúde da Família*, conceitua-se o Programa Saúde da Família em toda a sua essência, englobando aspectos quanto ao surgimento, princípios e diretrizes, e atribuições das suas equipes.

No capítulo cinco (5), serão apresentadas a metodologia do estudo de caso e a discussão dos resultados obtidos através de seu desenvolvimento.

2 SAÚDE AMBIENTAL: EDUCAÇÃO, SAÚDE E MEIO AMBIENTE

A vida cotidiana mostra que agentes nocivos à saúde humana estão presentes no ecossistema urbano. Comentando a respeito, Starfield (2002, p.22) afirma:

[...] a saúde de um indivíduo ou uma população é determinada por sua combinação genética, mas grandemente modificado pelo ambiente social e físico, por comportamentos que são cultural ou socialmente determinados e pela natureza da atenção à saúde oferecida.

De acordo com o especialista em ecologia política e economia ecológica Joan Martinez-Alier (2002 apud FREITAS e PORTO, 2006, p.24 - 25), existem atualmente três correntes no interior do movimento ambientalista internacional: 1) a de caráter conservacionista; 2) conhecida como o "evangelho da eco-eficiência" e 3) a que preconiza a justiça ambiental. A primeira, diz respeito a uma visão preservacionista e romântica da natureza, desconsiderando da questão ambiental seus aspectos humano e social apenas direcionada a preocupação em preservar a biodiversidade. Já a segunda, confirma a análise e a gestão do meio ambiente, educação e economia ambiental, porém não enfatiza os conflitos socioambientais e as desigualdades na distribuição dos problemas. Por último, o conceito de justiça ambiental que contempla entre outros aspectos, seu antônimo injustiça ambiental, que melhor direciona a compreensão desse movimento, pois o contexto econômico e modos de produção que viabilizam a apropriação dos recursos naturais existentes levam, além do aumento de concentração do poder de renda, à degradação da saúde e à integridade das populações locais e dos ecossistemas.

As mudanças ambientais expõem o ser humano ao risco de adoecimento em detrimento das "deficiências na inocuidade dos alimentos, no abastecimento de água, no saneamento e nas condições de habitação; à produção de lixo, dejetos tóxicos e substâncias contaminadoras." (LEFF, 2001, p. 314).

Na década de 40, definiu-se saúde conferindo uma dimensão bio-psico-social. Com a preocupação crescente sobre a questão ambiental, escassez de recursos naturais indispensáveis à sobrevivência humana, consolidou-se na década de 90, precisamente 1996, pela Organização Mundial da Saúde (OMS) o conceito de saúde ambiental, como sendo "as conseqüências na saúde da interação entre população humana e o meio ambiente físico-natural, o transformado pelo homem e o social".(GOUVEIA, 1999, p. 51).

Podem-se incluir também esses condicionantes de caráter físico e bioquímico, os quais, por sua vez, expressam uma dimensão ecológica para o processo saúde-doença.

Assim, a condição de saúde de uma comunidade é determinada pelas características ambientais daquela comunidade, as características comportamentais de sua população e o senso de conexão e de graus de coesão social na comunidade. O mesmo ocorre para as condições sociais, como níveis de renda e riqueza na população, o nível geral de educação na comunidade e as características de oportunidades de trabalho disponíveis para seus membros. (STARFIELD, 2002, p. 23).

Observa-se que, a população humana encontra-se em crescimento exponencial. O processo de urbanização acarretou este desordenadamente global, ocasionando impactos significativos na saúde e no meio ambiente². Diante deste crescimento populacional, Mucci (2005, p. 16) apregoa o seguinte:

Desta forma, o atendimento das necessidades básicas de todo esse contingente humano atual e futuro exige e exigirá cada vez mais a utilização de recursos do meio ambiente, alterando a maior parte dos ecossistemas, o que nos força a considerar a água, o ar e o solo não só como componentes da biosfera capazes de suportar uma determinada biota, mas, principalmente, como recursos que podem e devem ser explorados, respeitando-se sua capacidade de suporte e os aspectos culturais das regiões que ocupam.

² "No primeiro ano da era cristã, a população mundial estava em torno de 500 milhões de habitantes e só dobrou em 1800, quando o planeta atingiu o seu primeiro bilhão de habitantes, quadruplicando em 1980, atingindo 4 bilhões e nos últimos 25 anos chegando a ultrapassar os 6 bilhões de habitantes".(FREITAS; PORTO, 2006, p. 39).

Cynamon et al. (1992, p. 154) assinalam que: "[...] o aumento da população, o desenvolvimento urbano e a expansão industrial e agrícola trouxeram no seu bojo a carência e a poluição dos recursos hídricos", resultando nas transformações do meio ambiente que, por sua vez, afeta a saúde ambiental, a qual é aludida por Freitas e Porto (2006, p. 41):

Estas modificações propiciaram uma maior concentração de humanos e interação com inúmeros agentes patogênicos que encontraram nos lugares modificados e nos animais domesticados e não domesticados (ratos, morcegos etc.), ambientes propícios para uma série de doenças, tais como influenza, sarampo, coqueluche, tuberculose, lepra, febre tifóide, varíola, malária, esquistossomose, entre outras.

As mudanças sociais ocasionadas pelo modo de produção geram impactos significativos no contexto sanitário-ambiental, justificando a seguinte afirmação de Leff (2001, p. 314),

[...] os problemas ambientais, a pobreza e a degradação da saúde provêm da racionalidade do crescimento econômico que antepõe a maximização do lucro comercial à saúde do ser humano, e não do simples crescimento da população.

Aliado a isso, pode-se considerar que esse problema social gera escassez de recursos naturais, enfatizado nas palavras de Mucci (2005, p.16) "[...] atualmente, os vários Estados e regiões do Brasil enfrentam graves problemas referentes tanto à preservação quanto à utilização de tais recursos naturais".

Conseqüências da impactação ambiental sobre a saúde humana promovem inúmeras discussões, estabelecendo que:

[...] o desenvolvimento sustentável colocou o ser humano no centro de seus objetivos, propondo entre suas metas a qualidade de vida e o desenvolvimento pleno de suas potencialidades. Isto mostra a necessidade de assegurar as condições mínimas de nutrição e de saúde para uma vida sadia, produtiva e prazerosa para todos. (LEFF, 2001, p. 311).

A construção de condições sustentáveis, indiscutivelmente, resulta na qualidade de vida. Esta é marcada fortemente pelo modo de produção capitalista que compromete o resultado das ações integralizadas em saúde ambiental de

maneira racionalizadora, mas sem perder de vista as contingências da vida, embora caracterizadas por necessidades e objetivos listados por Freitas; Porto (2006, p. 17) na declaração a seguir:

Esta dialética “produção-destruição” pode ser mais bem observada a partir da integração de muitos olhares e campos de conhecimento, pois sua natureza complexa implica a superposição de diferentes dinâmicas envolvendo o meio ambiente físico-biológico, a produção, a tecnologia, a organização social, a economia, a cultura, entre outros.

Nesta perspectiva, é pertinente "reconceitualizar a saúde e a doença, de reorientar os serviços de saúde pública e as práticas médicas em novas formas de desenvolvimento" (LEFF, 2001, p. 312).

Em face da complexidade que assola os problemas convergentes tanto a saúde quanto ao meio ambiente, destaca-se a necessidade de construir uma prática educativo-sanitária visando à *integralidade*, bem como a *intersectorialidade*³, tendo envolvimento direto e contínuo no contexto da educação, da saúde e do trabalho frente ao poderio sócio-econômico como observado em estudo a seguir.

2.1 O BINÔMIO SAÚDE E MEIO AMBIENTE

O binômio saúde-doença consiste na prática social do profissional que o exerce de modo dinâmico, circunscrito em um contexto maior, no qual envolve conceitos históricos, filosóficos, éticos e biológicos. Além disso, esse duo é guiado pela ideologia dominante, seja ela social, política, econômica ou cultural. Portanto, trata-se de um processo historicamente determinado.

³ Neste caso, a integralidade, bem como a intersectorialidade são termos indissociáveis semanticamente, pois conferem articulação dos diversos atores sociais na busca da solução eficiente dos problemas sócioambientais de uma determinada localidade, visando a superação da “fragmentação das políticas, considerando o cidadão na sua totalidade”, isto é, integralidade em defesa da qualidade da vida coletiva.(JUNQUEIRA, 2004, p.25-28).

Em razão da pluralidade cultural que contempla a humanidade, os conceitos de saúde e doença divergem de sociedade para sociedade, em face dos aspectos de ordem histórica que os norteiam. Para isso, discorre-se acerca da historicidade do processo saúde-doença desde a Antigüidade até os dias atuais e que, por sua vez, interferiram no agir de uma diversidade de profissionais de saúde, tais como médicos, cirurgiões-dentistas, farmacêuticos, enfermeiros, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionais, psicólogos e outros.

De acordo com Gutierrez e Oberdiek (2001, p. 01) a saúde e a doença já era preocupação das tribos primitivas, pois naquele período se observava que os agrupamentos humanos nômades se deslocavam em busca de fontes de alimentos, água e proteção contra as intempéries climáticas, geográficas, fuga de predadores, etc. Neste contexto primitivo, pensava-se muito no sobrenatural, no mágico, e no religioso.

Geralmente as civilizações mais antigas surgiram e se desenvolveram nos vales dos grandes rios, como, por exemplo, no Egito, na Mesopotâmia, na Índia e na China. Este fato coincide com o cultivo da terra, há cerca de 10 mil anos, e nada melhor que os vales dos rios para esta atividade. (GUTIERREZ; OBERDIEK, 2001, p. 02).

A Antigüidade foi marcada pelas civilizações grega e romana, cujo caráter mágico religioso, sobrenatural, persistiu desde os seus antecedentes primitivos, porém com uma peculiaridade: a natureza começou a ser observada e analisada. Na Grécia, politeísta, seus membros cultuavam Asclépius, Hygéia e Panacea. Seus representantes Alcameón, e Hipócrates, que eram ao mesmo tempo médicos e filósofos, praticaram a “medicina científica”, por meio de observações empíricas e desenvolveram o seguinte discurso “ a arte da cura”.Observaram ainda que o bom funcionamento do ser humano depende de uma relação harmônica entre corpo e

alma⁴. A este equilíbrio corpo/alma circundam quatro elementos da natureza: terra, água, ar e fogo, que Hipócrates relacionou aos humores corporais: sangue, pituíta, bile amarela e bile negra. Roma difundiu o conhecimento hipocrático por seu representante Galeno.⁵

Na Idade Média, cuja sociedade estava organizada em feudos, o cristianismo era dominante tanto ideológica quanto politicamente. As doenças, neste período histórico, eram vistas pelos pagãos como feitiçarias e pelos cristãos expiação dos pecados. Assolavam-se inúmeras epidemias, destacando-se entre elas, a Peste Negra.

Confirmando esta série de doenças pestilenciais, Freitas e Porto (2006, p. 43) apontam que

[...] imensas redes de comércio e o acelerado processo de crescimento das cidades com precária infra-estrutura urbana ao longo das rotas comerciais, ao lado de guerras, invasões e conflitos internos, contribuíram para criar um cenário propício para doenças capazes de atingir grandes contingentes populacionais em diferentes continentes, como a peste bubônica no século XIV, que teve origem na Ásia, onde reduziu a população da China à metade, atingiu o Oriente Médio e Norte da África, dizimando mais de 24 milhões de pessoas somente na Europa.

Mais adiante, na Idade Moderna, compreendida como um período caracterizado pelo renascimento cultural e científico, experimentos ofereceram explicações racionais, como o foram para Miguel Servet, Willian Harvey, André Vesálio, Fracastoro e Ramazzini que são representantes dessa época. Perdurava aí a teoria miasmática⁶. Além disso, o final da Idade Moderna presenciou as grandes revoluções Francesa e Industrial.

No final do século XVIII até meados do século XIX destacaram-se a

⁴A saúde e a doença eram vistas como isonomia e disonomia respectivamente.

⁵Todo este conhecimento fez surgir o diagnóstico hipocrático que é baseado na exploração sensorial, comunicação oral, raciocínio e prognóstico, e é muito utilizado nos dias de hoje pelos profissionais de saúde em geral.

⁶Esta teoria estabelecia que as doenças eram causadas a partir de odores emanados (miasmas) de condições sanitárias ruins, e com isso, ocorriam as doenças infecciosas e epidemias.

Revolução Francesa e a Revolução Industrial, marcos da crescente urbanização e da descoberta da máquina a vapor que ocasionaram mudanças significativas no modo de produção, trazendo com isso, novas concepções de causação das doenças. As conseqüências que assolaram a Humanidade neste período dizem respeito de um lado ao empobrecimento de milhares de pequenos artesãos e proprietários de terras, levando-os em busca de trabalho nas cidades, onde cresciam as novas indústrias.

De outro lado, as cidades encontravam-se sem infraestrutura suficiente para receber e atender a grande demanda populacional que se deslocava para os centros urbanos em busca de melhores condições de vida e trabalho. Encontravam-se habitações precárias ou até mesmo ausência destas, água sem tratamento, sem esgoto, nem coleta de lixo. Para exemplificar tal contexto, Moacir Scliar (1987, p.72) em sua obra *Do mágico ao social: a trajetória da saúde pública* afirma que:

A partir da Revolução Industrial, cidades e áreas industriais cresceram rapidamente. E sem planejamento. Com carência do mais elementar equipamento sanitário em termos de abastecimento de água, de esgoto, de coleta de lixo, de higiene da habitação. Particularmente difícil era a disposição adequada dos excretas que, no campo, serviam de adubo. O *water closet* já era conhecido na Europa desde a era elizabetana; mas não havia sistema de coleta dos efluentes. A maior utilização de águas para o banho agravou o problema, porque as fossas sépticas passaram a transbordar. A solução era drená-las para o rio. O Tâmesa tornou-se um esgoto a céu aberto. Por outro lado, como havia uma taxa sobre janelas, as casas ficavam com pouca luz e ventilação, o que agravava os efeitos da poluição ambiental.

As constatações históricas de que as conseqüências constatadas pela urbanização desenfreada acarretaram danos à saúde, são destacadas por Freitas e Porto (2006, p. 44): "Nesse período, os problemas ambientais sobre a saúde estiveram associados aos efeitos do rápido e intenso processo de industrialização e urbanização que passaram a incidir sobre as condições de vida e trabalho".

A compreensão das causas desses efeitos parece ter ressonância no discurso do sanitarista do século XIX, Chadwick, quando diz:

[...] tinha a convicção de que os ambientes físico e social exerciam influência sobre a saúde, e os resultados de seu relatório demonstravam a relação entre inúmeros problemas ambientais urbanos (drenagem, esgotos, suprimento de água limpa, resíduos, habitações insalubres etc.) e os problemas de saúde (...). A higiene é introduzida como uma estratégia de saúde para as populações, tornando o ambiente das cidades 'objeto medicalizável', envolvendo a vigilância e o controle dos espaços urbanos (ruas, habitações, locais de lixo, sujeiras e toxicidade) e grupos populacionais (pobres, minorias étnicas e as classes trabalhadoras) considerados sujos e perigosos, bem como um conjunto de normatizações e preceitos a serem seguidos no âmbito individual. (FREITAS; PORTO, 2006, p. 45).

Esse contexto histórico insalubre, cujo caráter sócio-ambiental permitiu o surgimento de graves epidemias urbanas, como a cólera, a febre amarela, a peste, o tifo, a varíola, descobertas científicas nas várias áreas do conhecimento humano se fizeram presentes, centralizando assim ações de intervenção ao combate do agente causador identificado⁷. A este modelo explicativo do processo saúde-doença dá-se o nome de *unicausalidade*.

Podemos considerar que, da Antiguidade até fins do século XIX, houve um sistemático esforço de compreensão das relações entre o meio físico (clima, solo, água, etc.) e doenças. Os efeitos do clima no balanço dos humores do corpo, os miasmas, as sujeiras e os odores, integravam os diferentes discursos e práticas sanitárias que se constituíram como respostas sociais às necessidades e aos problemas de saúde." (FREITAS; PORTO, 2006, p. 47).

Com os avanços científicos, no início do século XX, instaurou-se uma nova concepção: a *multicausalidade* para explicar o adoecer e o morrer da humanidade.

Nesta perspectiva, Gutierrez e Oberdiek (2001, p. 22) ressaltam que:

O desenvolvimento do modelo multicausal ocorre com a afirmação de diferentes abordagens, como a simples análise das múltiplas causas das doenças, o modelo ecológico e o modelo da determinação social da doença. Estas abordagens não surgem todas ao mesmo tempo e nem avançam com a mesma intensidade nos aspectos teórico-metodológicos, mas, mesmo através de marcos teóricos em franca contradição, todas concordam que o processo saúde-doença é a síntese de múltiplas determinações.

Recentemente, no ano de 2006, foi criada a Comissão dos Determinantes Sociais da Saúde (CDSS) que promove discussões acerca dos determinantes

⁷Louis Pasteur estabeleceu fundamentos científicos para a relação entre homem e agente infeccioso.

sociais envolvidos no processo saúde-doença. Estão entre eles: a educação, condições de renda, habitação, trabalho, saneamento e meio ambiente. (LOPES et al., 2006, p. 11).

Ao longo da História, percebe-se que desde os povos mais primitivos até a época atual, a atenção à saúde e ao meio ambiente estiveram relacionados direta ou indiretamente na busca entre os modos de vida e de produção da Humanidade.

2.2 SAÚDE E MEIO AMBIENTE NA REALIDADE BRASILEIRA

Ao longo da história nacional, alguns fatos repercutiram decisivamente nos rumos tomados pela saúde e pelo meio ambiente, que se mostraram articulados aos impactos sociais geradores de desordens sanitárias e ambientais e das medidas de controle adotadas, em determinadas fases dessa trajetória, estabelecidos desde os primórdios colonizadores até a atualidade.

Inicialmente, durante o período colonial brasileiro, o país já se encontrava à mercê do capitalismo mundial, submetendo-se econômica e politicamente à metrópole portuguesa por meio da exploração econômica de seus recursos naturais como o pau-brasil, a cana de açúcar, minérios e o café, gerando vários ciclos. Com relação à fase da mineração, Rossi (1980 apud BERTOLOZZI e GRECO, 1996, p. 381) alude que "este proporcionou um maior desenvolvimento comercial e urbano com grande crescimento demográfico".

Com a vinda dos colonizadores europeus, dos negros e da própria presença dos índios, o Brasil sofreu alteração no seu perfil sanitário, passando a contemplar doenças pestilenciais como varíola, febre amarela, cólera, peste bubônica, a treponematose, conhecida hoje como sífilis, o escorbuto, além das doenças

desconhecidas que assolavam a comunidade indígena.

Com a chegada da Família Real portuguesa ao Brasil, em 1808, deu-se uma maior preocupação com o saneamento dos portos, pois estes representavam o elemento vital do cenário político econômico. De acordo com Rosen (1994 apud BERTOLOZZI e GRECO, 1996, p. 382):

Nesse momento, a Saúde Pública no Brasil passou a ser calcada em intervenções engendradas na corrente do pensamento do Sanitarismo, que se operacionaliza no âmbito urbano das cidades, com a comercialização e transporte de alimentos e cobertura dos portos marítimos.

Após a sua independência, acompanhando os movimentos da época e pressionado por movimentos sociais, pelos intelectuais em formação e por questões econômicas, o País libertou os escravos, o que conduziu à debandada da mão-de-obra dos campos, vindo engrossar a miséria das cidades em formação. A falta de mão-de-obra leva à abertura de portas para a imigração, com intenção de cobrir as necessidades da lavoura. Mas, é impossível deixar de aceitar também os contingentes que se destinam às cidades, mão-de-obra qualificada ou não. (CYNAMON; VALADARES; COHEN et al., 1992, p.156).

Com o passar do tempo, esse fato denomina-se êxodo rural, visto que

[...] as indústrias de transformação passaram a se estabelecer nas áreas urbanas ou periurbanas, com absorção de mão-de-obra, daí resultando o progresso urbano. O progresso de urbanização passou a atrair gente do campo em busca de melhores condições de vida. (Idem, 1992, p. 156).

Em 1889, com a Proclamação da República, uma nova situação política e econômica se apresentou ao país. A próspera cultura cafeeira e o fortalecimento da industrialização ocasionaram acentuada migração interna. Neste período, as epidemias ameaçaram a economia do país e preocuparam as autoridades com medidas de saneamento dos portos. Nesta ocasião, os Institutos de Pesquisa⁸ tiveram relevância para a produção de vacinas.

Passada a fase das doenças pestilenciais, começaram a ocorrer as doenças de massa, como a tuberculose, a doença de Chagas, a Schistosomose. A capacidade de resolução dos problemas, através dos serviços de saúde, nesta fase,

⁸Institutos: de Manguinhos, Adolfo Lutz e o Butantã.

foi menor ainda, pois, enquanto o combate às doenças pestilentas não exigia grandes alterações nas condições de vida da população, a luta contra as doenças de massa, exigia mudanças estruturais, impossíveis de serem realizadas, isoladamente, pelos serviços de saúde.

Nesse período, foram criados e implementados os serviços e programas de saúde pública em nível nacional. À frente da Diretoria Geral de Saúde Pública, Oswaldo Cruz, ex-aluno e pesquisador do Instituto Pasteur, em Paris na França, organizou e implementou, progressivamente, instituições públicas de higiene e saúde no Brasil. Em paralelo, adotou o modelo das "campanhas sanitárias", destinado a combater as epidemias urbanas e, mais tarde, as endemias rurais. O modelo campanhista foi de inspiração bélica, ou seja, as campanhas assemelhavam-se às guerras contra os mosquitos, concentrando fortemente as decisões, em geral tecnocráticas, e adotando um estilo repressivo de intervenção médica nos corpos individual e social.

Os primeiros anos do século XX mostram um exemplo de uso abusivo dos recursos naturais, pois o Brasil viveu o momento de crescimento industrial e o momento da crise do café⁹. Com respeito à Revolução de 30, esta

[...] reconhece que suas metas prioritárias são Educar e Sanear, mas, em 1937, existem 500 mil tuberculosos no Brasil, sendo que 100 mil morrem vítima da tuberculose, em 1936, entre elas o famoso compositor popular Noel Rosa. Das 544 cidades com mais de 2 mil habitantes existentes em 1936, somente 200 possuem algum serviço de água e esgoto. (JORGE, 1981, p. 11).

Apesar dos relatos históricos apresentados evidenciarem a nítida interação do binômio *saúde e meio ambiente*, a preocupação com este somente ocorreu de modo significativo e institucional, na década de 70, que marca o desenvolvimento da

⁹ “Na segunda metade do século XIX, a cafeicultura contextualizou dinamismo social e econômico do Brasil por meio das lavouras, nas quais a atividade predatória dos recursos naturais oportunizou conquista humana sobre vários ecossistemas”. (TELAROLLI JUNIOR, 1996, p.23-26).

saúde ambiental no Brasil. Este desenvolvimento pode ser dividido em três momentos: nas décadas de 70, 80 e 90, influenciados fortemente por posição política contextualizada na articulação social, econômica e cultural não apenas no âmbito nacional, mas internacional, em detrimento da preservação da saúde ambiental.

Esse desenvolvimento teve início nos meados dos anos 70, compreendido no forte apelo mundial em relação às questões que envolviam a saúde e o meio ambiente, estabelecidas em Estocolmo, em 1972. Ainda, percebe-se que o Brasil presenciava crescente industrialização, o que configurava mudanças preocupantes e impactantes no modo de vida e produção da sociedade que buscava assim, criar e fortalecer instituições públicas preocupadas com os agravos de ordem ambiental e sanitário, destacando-se,

[...] o desenvolvimento da Secretaria Nacional de Meio Ambiente e a criação do Sistema Nacional de Meio Ambiente. No âmbito do Sistema de Saúde, observamos a estruturação da Divisão Nacional de Ecologia Humana e Saúde Ambiental, vinculada à Secretaria Nacional de Ações Básicas de Saúde e das Coordenações de Saúde Ambiental nos estados. Nesse período, são realizadas as primeiras conferências nacionais de saúde do trabalhador e de saúde ambiental, cujas teses são em parte asseguradas na Constituição de 88. (MINAYO; MIRANDA, 2002, p. 12)

Diante desse panorama, surgia uma novidade, as parcerias internacionais que constituem, portanto,

[...] o desenvolvimento de mecanismos de cooperação internacional nas áreas de toxicologia, epidemiologia ambiental, metodologias de avaliação de risco à saúde pública e competência laboratorial, tendo como referência a ação e as estratégias da Organização Pan- Americana da Saúde (Opas), em particular do Centro Pan-Americano de Ecologia Humana e Saúde (ECO), visando especialmente à formação de recursos humanos, à elaboração de guias e manuais, ao desenvolvimento de bases de dados e de sistemas de informação e, não menos importante, ao apoio político para as iniciativas de desenvolvimento da saúde ambiental no Brasil¹⁰. (MINAYO; MIRANDA, 2002, p. 12)

¹⁰ "O período descrito pode ser identificado como o período de tomada de consciência, culminando com significativa participação do setor saúde brasileiro na cúpula Rio 92". (MINAYO; MIRANDA, 2002, p. 12).

Durante a década de 80, a saúde recebeu uma conceituação ampliada e integrada com a forma de como a sociedade se dispunha educacionalmente, culturalmente, politicamente e, inclusive, ambientalmente, já que a Constituição de 1988 permitia a inclusão dentro do Capítulo II, da Seguridade Social, a Seção II, Da Saúde, que foi expandida e regulamentada pelas Leis nº. 8.080 e nº. 8.142, no ano de 1990, oportunizando assim, a construção do conceito de vigilância em saúde.

Historicamente, a questão da saúde ambiental inclui o retrato da sociedade brasileira à época colonial e todo o seu trajeto até os dias atuais. Nessa trajetória, desvelam-se alguns momentos decisivos para a compreensão do binômio saúde e meio ambiente, no Brasil. O pensamento colonial, centrado no assistencialismo, atravessou as ações sanitárias até a promulgação da Constituição de 1988, caracterizando uma oposição ao modelo político vigente.

A nova Constituição aliada às reflexões de ordem internacional, estabeleceu um novo paradigma ligado à promoção da saúde: a busca da resolutividade dos problemas de saúde, relacionados ao meio ambiente, pautados em ações integralizantes de saúde e meio ambiente. A integralidade das ações em saúde ambiental será discutida adiante no item 3.2.

Uma retrospectiva histórica do final da década de 80 acena transformações significativas no grau de reivindicações da sociedade organizada. Esta mudança deu-se em razão da imposição do Estado Liberal. E assim, verifica-se no campo da saúde, em atendimento às exigências de toda a sociedade.

A política de saúde construída no Brasil, a partir desse ano, vem contribuindo para a melhoria da qualificação do Sistema Único de Saúde, tendo em seu arcabouço princípios de Promoção da Saúde como universalidade, integralidade e equidade das diretrizes de descentralização e organização hierarquizada, que constitui uma visão ampliada no nível nacional e tem como ponto central sua preocupação com o processo gradual de melhoria da qualidade de vida. (COHEN et al. , 2004, p. 808).

Mais adiante, de acordo com a Lei 8.080/ 90, Art. 16, a Direção Nacional do Sistema Único de Saúde (SUS) compete:

- II-participar na formulação e na implementação das políticas:
 - a) de controle das agressões ao meio ambiente;
 - b) saneamento básico; [...]
- IV-participar na definição de normas e mecanismos de controle, com órgãos afins, de agravo sobre o meio ambiente ou deles decorrentes, que tenham repercussão na saúde humana...

A fase que procede ao início do desenvolvimento da saúde ambiental no Brasil, perdura na década de 90¹¹. Antecedentes históricos contribuíram, com a criação do Estado Liberal juntamente com a Constituição de 1988 que arregimentaram o direcionamento de movimentos sociais em prol da saúde ambiental indistintamente, seja como reflexo à discussão sobre o consumo indiscriminado dos recursos naturais, seja como os impactos ambientais agem sobre a saúde humana no País.

Justificáveis, portanto, são as iniciativas de caráter público, que surgem decorrentes dessa nova postura política, visivelmente democrática, visando maior participação da coletividade na formulação e na implementação de políticas públicas, já que emergem problemas relativos ao campo da saúde ambiental. Esta preocupação social resultou ao que parece de reflexões procedentes de discussões internacionais cujo tema foi centrado na saúde ambiental.

¹¹Em 1992 ocorreu a Conferência do Rio de Janeiro.

3 IMPACTOS AMBIENTAIS SOBRE A SAÚDE HUMANA

"Os seres humanos constituem o centro das preocupações do desenvolvimento sustentável. Por conseguinte, têm o direito a uma vida saudável e produtiva em harmonia com o ambiente natural."
(Organização Pan-Americana de Saúde)

A reflexão acima permite perceber a relevância do termo vigilância para a saúde, pois este engloba ações sanitárias, epidemiológicas e ambientais articulando o mesmo fim: o monitoramento dos agravos à saúde humana. Cohen et al. (2004, p. 810) contemplam o significado de vigilância ambiental apregoado pela Fundação Nacional da Saúde (FUNASA), como sendo:

[...] um conjunto de ações que proporcionem o conhecimento e a detecção de qualquer mudança nos fatores determinantes e condicionantes do meio ambiente que interferem na saúde humana, com a finalidade de recomendar e adotar as medidas de prevenção e controle dos fatores de riscos e das doenças ou agravos relacionados à variável ambiental.

Uma grande parte dos nossos problemas de saúde são, em geral, conseqüências das condições e estilo de vida adotada pela população, seja ela provida ou não de recursos financeiros, uma vez que grande parte dos brasileiros não dispõe de infraestrutura básica para viver com dignidade. Estes, entretanto não gozam de boa saúde porque não são bem alimentados, não têm a mínima noção de higiene e, freqüentemente, moram em locais insalubres.

Além disso, essa grande parcela da população carece de investimento pessoal e social, esta representada pelas políticas públicas, na área da educação, que merece destaque na oportunidade de conhecer, transformar e reivindicar melhores condições de moradia, trabalho e lazer.

3.1 O CONCEITO AMPLIADO DE VIGILÂNCIA DAS AÇÕES EM SAÚDE AMBIENTAL

Nas cidades, a insuficiência na infra-estrutura de saneamento, serviços de água, esgoto, coleta do lixo, contribui para agravar bastante os problemas sociais da população, especialmente da periferia. Essa contextualização inclui outro entendimento além da vigilância, ela traz o conceito de ambiente aprofundado por Cohen et al. (2004, p. 809)

O conceito de ambiente e entorno saudável incorpora a necessidade de ter equipamentos urbanos básicos com saneamento, espaços físicos limpos e estruturalmente adequados e redes de apoio para se conseguir hábitos psicossociais são e seguros, isentos de violência (abuso, verbal, físico, e emocional).

A população brasileira, tanto nas cidades como no interior ainda é atingida perigosamente pela *ancilostomose*, *esquistossomose*, *malária*, *peste bubônica* e *outras*. Diante de todos os problemas sociais urbanos, entretanto, outros males assumem graves proporções: a poluição produzida pelos escapamentos dos veículos, dejetos, poluentes químicos e outros agentes.¹²

De acordo com Leff (2001, p. 312),

[...] a saúde ambiental abre um campo amplo a saúde pública para atender as condições de saúde das maiorias empobrecidas [...]. Este novo campo da saúde pública obriga a entender as relações da racionalidade social prevalente, na qual se incluem as práticas médicas e as políticas de saúde pública, com a saúde e a doença.

A crise do meio urbano associada às alterações ambientais, como por exemplo, de natureza climática, o desmatamento e a extinção da fauna, flora e recursos hídricos, causam impacto significativo na saúde coletiva. Sendo assim,

¹²Comprovou-se que os veículos a motor e algumas atividades industriais que queimam gasolina são as fontes principais de chumbo, elemento que reduz a capacidade de aprendizagem nas crianças. A geração de substâncias que favorecem a fotossíntese, derivadas dos processos de combustão, é a responsável por infecções respiratórias em grande parte da população..." (OPAS, 1999, p.13).

Gouveia (1999, p. 53) apregoa que

O resultado tem sido o aumento de pessoas vivendo em condições insalubres, sem cobertura de serviços básicos essenciais como água, esgoto e coleta de lixo. Fatores relacionados à qualidade das habitações, podem também afetar a saúde. Por exemplo, condições térmicas precárias, umidade, presença de mofo, má ventilação, grande adensamento de indivíduos por cômodo, infestações por insetos e roedores, nível de ruído, todos estes têm sido descritos como potenciais fatores de risco à saúde.

Com respeito às doenças ocasionadas pelas condições precárias de saneamento, Leff (2001, p.311) afirma que:

a degradação ambiental está associada à deterioração das condições sociais nas quais se produzem e propagam novas epidemias e doenças da pobreza, como, por exemplo, o cólera, que estavam praticamente erradicadas.

O fascínio pelo urbano provoca o êxodo rural e estabelece uma sujeição da população que migra do interior para os centros urbanos, ocasionando articulada degradação socioambiental.

Para contemplar a solução dos agravos à saúde, sendo estes, de relevância pública, as estratégias sociais de superação têm caminhado em direção a concretização de soluções imediatas, muitas vezes, sem continuidade a longo prazo.

Cunha (1980 apud CYNAMON et al., 1992, p. 154) afirma,

[...] a água, por ser um elemento essencial à subsistência e às atividades humanas, e, na maioria das vezes, insubstituível, é muito suscetível a danos. Ela tornou-se um bem imprescindível à vida e um fator condicionante, tanto pela quantidade, como pela qualidade, do desenvolvimento econômico e do bem-estar social.

O consumo exacerbado e indiscriminado de água tem crescido assustadoramente diante do crescimento populacional. Nesta perspectiva, Phillipi JR; Malheiros (2005, p. 69) manifestam-se que: "[...] essa situação torna-se mais crítica com o aumento da poluição dos recursos hídricos e a falta de uniformidade em sua distribuição". Com isso, doenças como a *hepatite*, as *infecções gastrointestinais*, a *febre tifóide*, *infecções de vias aéreas* como a *pneumonia* e a

bronquite, proliferam subitamente em áreas destituídas de saneamento básico.

Em contrapartida, doenças podem ser disseminadas em decorrência da presença de serviços de esgoto, pois quando mal instalado pode acentuar a contaminação do solo e da água. (CYNAMON; VALADARES; COHEN et al., 1992, p.155).

As graves consequências do êxodo rural, provocando migrações sucessivas ao longo de décadas, contribuem para acentuar as desigualdades visíveis e o perfil sanitário deficiente. De acordo com Gouveia (1999, p. 53):

Essa revolução urbana pela qual quase o mundo todo vem passando, caracterizada pelo crescimento das cidades, trouxe também consequências ambientais profundas. Populações inteiras, em geral as mais pobres, que residem na periferia dos grandes centros urbanos e em outras áreas menos privilegiadas das cidades, vive em condições inadequadas de moradia, sem acesso aos serviços básicos, e ainda expostas a diversos contaminantes ambientais típicos do desenvolvimento, como a poluição por produtos químicos e a poluição atmosférica.

O desenvolvimento socioeconômico é traduzido por aglomerados humanos onde a água é elemento presente. E se não houver educação para o uso discriminado da água, esta que por sua vez é defendida por Cunha (1980 apud CYNAMON et al., 1992, p.154),

[...] está tão intimamente ligada ao desenvolvimento sócio-econômico, que as quantidades consumidas podem constituir num dos seus indicadores, ou seja, a água participa e é um fator limitante dos processos sociais de produção e consumo, ainda que de modo diferenciado.

O uso indiscriminado dos recursos hídricos e o lançamento in natura de rejeitos domésticos comprometem a qualidade e quantidade da água destinada ao abastecimento público. (MUCCI, 2005, p. 17).

Com vistas a poluição atmosférica¹³, consiste ela em uma temática crítica e discutida por entidades especializadas em nível mundial, como por exemplo a

¹³"Por serem diretamente afetadas pela inalação do ar poluído, as doenças respiratórias são as mais relacionadas com o aumento da poluição atmosférica no mundo todo. Aumentos na mortalidade, na morbidade e prejuízos na função pulmonar, têm sido relatados como associados aos níveis elevados de poluentes atmosféricos urbanos." (GOUVEIA, 1999, p. 56).

Organização Mundial da Saúde (OMS), que considera a:

Poluição do ar é um problema para a grande proporção da população urbana mundial, cujas implicações na saúde têm sido até hoje subestimadas. No mundo atual, a poluição do ar tornou-se quase parte da vida urbana cotidiana das pessoas. A Organização Mundial da Saúde calcula que mais de 1,5 bilhões de moradores urbanos estão expostos a níveis de poluição ambiental acima dos níveis máximos recomendados. Estimativas sugerem que, em todo o mundo, cerca de 400.000 mortes são atribuídas à poluição do ar, embora tenha havido progressos no controle dos poluentes, principalmente nas regiões desenvolvidas. (GOUVEIA, 1999, p. 56).

A poluição do ar é tão prejudicial quanto à da água. As chaminés das fábricas e os escapamentos dos veículos estão constantemente lançando ao ar grande quantidade de substâncias prejudiciais à saúde. Tais produtos podem provocar desde simples alergias até doenças mais graves, como o câncer.

A água contaminada pelas fezes pode conter microrganismos como bactérias e protozoários, prejudiciais ao organismo humano, que ao entrar em contato com essa água poluída, corre o risco de provocar certas doenças, como a *amebíase*, a *febre tifóide*, já mencionada anteriormente, e as *verminoses* em geral.

Diante de uma realidade sanitária, que apresenta desigualdade na redução nos seus coeficientes de mortalidade, nota-se a exigência de implantação de medidas de saneamento básico. Considerando a utilização de recursos hídricos de modo adequado, é conveniente aceitar que

[...] além dos patogênicos de natureza biológica, a água pode ser contaminada por matéria inorgânica, como é o caso dos metais pesados (cobre, mercúrio, entre outros), este último, podendo ser assimilado e acumulado pelo organismo de vários animais, inclusive do ser humano. (MUCCI, 2005, p. 19).

Percebe-se que os agravos de morbi-mortalidade no Brasil mostram-se como um panorama em transição. Sobre isso, Cohen et al. (2004, p. 808) divulgam que

No Brasil, a situação ambiental está em contínuo processo de degradação, ocorrendo: a transição epidemiológica marcada pela prevalência das condições de morbi-mortalidade, verificadas em alguns setores; a permanência de certas doenças infecto-parasitárias devido à falta de

infraestrutura urbana básica; o crescimento de doenças crônicas não infecciosas; o aparecimento de novas doenças sexualmente transmissíveis; e o crescimento da violência urbana devido ao uso de drogas e a outros fatores comportamentais, como o stress da vida cotidiana.

A saúde da população depende da qualidade da água que chega até ela. O controle dessa qualidade é indispensável para que sejam evitadas epidemias, pois quanto maior o aglomerado humano mais incidente são os riscos de surtos epidêmicos.

Os recursos naturais, tais como ar, água e solo têm por fim a manutenção da vida humana na Terra, e com isso, "os principais impactos ao meio ambiente são a redução da camada de ozônio, o efeito estufa e a precipitação de chuva ácida." (MUCCI, 2005, p. 22), além do aquecimento global, geradores de impactos que atingem direta e/ou indiretamente a saúde humana.

Sobre a construção de cidades, é possível considerar que esta: "leva ao desmatamento, à impermeabilização do solo e à canalização de rios e córregos, alterando todo o regime hídrico da bacia [afetando a evaporação da água, a evapotranspiração e a reposição da água do lençol freático]". (Idem, 2005, p. 25).

Mucci (2005, p. 29) comenta que tanto o ambiente natural quanto o urbano convergem no equilíbrio entre produção e consumo. No meio natural a degradação decorre de ações que geram poluição. Já no meio urbano, produção e consumo ocorrem de modo artificial e viabilizam transformações sociais irreparáveis, como por exemplo, superpopulação, doenças e desemprego.

Contudo, têm-se observado iniciativas governamentais e não-governamentais para a melhoria das condições ambientais, em especial a provisão de sistema de abastecimento de água, esgotamento sanitário e coleta de resíduos sólidos. (MUCCI, 2005, p. 75). A exemplo dessas iniciativas tem-se a Reunião de Cúpula do Rio, na qual se conduziu discussões sobre o contexto sanitário-ambiental,

destacando

os amplos vínculos existentes entre a saúde e o meio ambiente no contexto do desenvolvimento sustentável, o que vai além dos determinantes sanitários do meio físico e abrange as consequências, na saúde, da interação entre as populações humanas e toda uma série de fatores de seu entorno físico e social¹⁴. (LEFF, 2001, p.313).

Observa-se, portanto, que há necessidade de articulação entre saúde e meio ambiente. Tanto é pertinente, que a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) divulga eventos científicos internacionais que priorizam essa discussão. Vale a pena considerar a generalizada preocupação com as discussões realizadas em Congressos, como atesta a Organização acima:

Os compromissos internacionais assumidos pelos países, nos últimos anos, em eventos como a Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento (ECO-92, Rio de Janeiro, 1992), a Conferência das Nações Unidas sobre o Desenvolvimento Sustentável dos Pequenos Países Insulares em Desenvolvimento (SIDS, Barbados, 1994), a Conferência de Cúpula das Américas (Miami, 1994); a Conferência Panamericana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável (Washington, D.C., 1995) e as Reuniões de Cúpula de Santa Cruz de la Sierra (Bolívia, 1996) e Santiago (Chile, 1998), evidenciam que a conservação e proteção da saúde e do ambiente são o centro da preocupação .

Quanto à peculiaridade de alguns dos compromissos internacionais elencados temos inúmeras reflexões e deliberações que foram tomadas a partir dos seguintes eventos:

A Conferência Internacional sobre Atenção Primária à Saúde (APS), reunida em Alma-Ata, URSS, em setembro de 1978, reiterou firmemente: "que a saúde, estado de completo bem-estar físico, mental e social e não somente a ausência de enfermidade ou doença, é um direito humano fundamental e que o alcance do maior grau possível de saúde é um objetivo social sumamente importante em todo o mundo, cuja realização exige a intervenção de muitos outros setores sociais e econômicos, além do da saúde."

A Conferência das Nações Unidas sobre o Meio Ambiente e o Desenvolvimento de 1992 (RIO/92 ou ECO/92 ou Cúpula da Terra), realizada no Rio de Janeiro, apresentou uma mensagem clara aos políticos,

¹⁴ Estas prioridades se propõem dentro do programa 'Saúde para todos no ano 2000' que implica um projeto de equidade, de satisfação de necessidades básicas de nutrição e serviços de saúde." (LEFF, 2001, p. 313).

representantes internacionais e ao público em geral, sobre a necessidade de um melhor ambiente e desenvolvimento sustentável para alcançar a equidade.

A Carta Pan- Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável, acordada na Conferência Pan-Americana sobre Saúde e Ambiente no Desenvolvimento Humano Sustentável (COPASADHS), realizada em Washington, D.C., em 1995, estabelece entre outros aspectos, que a participação comunitária deve basear-se em estratégias para o desenvolvimento sustentável incluindo a atenção primária do ambiente, a atenção primária à saúde e a educação das crianças e adultos.

A 25^a.Conferência Sanitária Pan-Americana, reunida em setembro de 1998, em Washington aprovou as orientações estratégicas e programáticas (OEP) para o período 1999-2002, que constituem os delineamentos de política para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPAS) e estão dirigidas ao alcance da meta mundial de saúde para todos no século XXI.

Nota-se que, em razão dessas discussões internacionais, a questão do meio ambiente tornou-se uma inquietação global, incentivando a produção científica e, permitindo, a partir daí, reflexões acadêmicas e de outros segmentos da sociedade, valorizando o entrecruzamento de informações sócio-demográficas, epidemiológicas e ambientais.

Como conseqüência da falta de articulação entre saúde e meio ambiente concorda-se que:

Desse modo, a sociedade em geral, sobretudo as populações mais carentes, vêm enfrentando o convívio diário com as aflições típicas de países desenvolvidos: problemas psicossociais (drogas, crime, doença mental, alcoolismo, etc..), alta incidência de doenças crônico-degenerativas, além dos problemas decorrentes da saturação do meio ambiente para absorver o impacto de transformações tecnológicas, como o aumento da poluição química, física e biológica da água, ar e terra, decorrente da industrialização, transporte, produção de energia. (GOUVEIA, 1999, p. 57).

Considerando a necessidade de articular vários setores em *prol* da saúde ambiental, em quaisquer situações é necessário avivar a noção de vigilância, a fim de monitorar os agravos à saúde humana que são resultantes dos impactos sócio-ambientais. Villardi et al. (2005, p. 992) ressaltam que:

A partir do entendimento de que o meio ambiente pode influenciar diretamente a saúde humana, a vigilância em saúde relacionada à qualidade da água de consumo humano, à qualidade do ar, às áreas com solos contaminados, aos desastres naturais, às substâncias químicas e aos fatores físicos, foram identificadas como campos ainda incipientes ou não

trabalhados no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS), desencadeando a construção de uma proposta de atuação para a vigilância em saúde ambiental no Brasil que incorporasse essas questões.¹⁵

Além disso, pode-se considerar também a exposição humana a produtos químicos que ocasionam impactos sociais, econômicos, psicossociais e ambientais que podem culminar em episódios de morbidade e mortalidade. Isto advém da presença de toxinas na água, ar e solo, afetando a biodiversidade dos ecossistemas, contaminando alimentos e comprometendo a saúde humana.

3.2 INTEGRALIDADE DAS AÇÕES EM SAÚDE AMBIENTAL

A expressão-chave desse item é integralidade, que deriva de integral, ou seja, reúne a idéia de totalidade.

Uma sociedade é caracterizada pela sua qualidade de vida à medida em que os contextos sócio-econômico e cultural aparecem convertidos em elementos articuladores da noção de sustentabilidade dos ecossistemas.

Com respeito a consciência sanitário-ambiental, obtida nas várias instâncias da sociedade, Leff (2001, p.312) alude:

o saber ambiental questiona a racionalidade científica na qual se forjam as práticas profissionais (...) surge uma nova epistemologia, na qual os processos vitais e os fenômenos da consciência são interdependentes, onde os processos de significação cultural estão relacionados com a saúde e com a qualidade de vida da população.

A preocupação com a consciência ecológica, que adveio do século XX, tem sido objeto de formulação e execução das políticas públicas. Com isso, Phillipi Jr. e Malheiros (2005, p. 72) afirmam que:

¹⁵ "A Vigilância em Saúde Ambiental (VSA) no Brasil vem sendo estruturada no âmbito do Ministério da Saúde desde o final de 1997 durante a formulação do projeto VIGISUS, especificamente na construção do componente de vigilância ambiental." (VILLARDI; CARNEIRO; FRANCO et al., 2005, p. 992).

o enfrentamento dessas questões exige o estabelecimento de políticas integradas, sociais, econômicas, institucionais e ambientais, que busquem maior eficácia dos sistemas de gestão para esse desenvolvimento desejado.

Exemplos de iniciativas governamentais que buscam o enfrentamento das questões ambientais são delimitadas na *Agenda 21* que

[...] situa o ser humano no centro de seus objetivos. O primeiro princípio da Declaração do Rio proclama que: "os seres humanos constituem o centro das preocupações relacionadas com o desenvolvimento sustentável. Têm direito a uma vida saudável e produtiva em harmonia com a natureza." (LEFF, 2001, p. 313).

A causa principal da desordem sanitário-ambiental parece ser descon sideração do ser humano sobre a manutenção do equilíbrio dos ecossistemas. Desse modo, "trata-se, sim, de estabelecer relação de causa e efeito dos processos de degradação com a dinâmica dos sistemas sociais". (PELICIONI, 2005, p. 04).

Aliado a isso, pode-se considerar que é necessário para que se atinja o manejo desse equilíbrio uma articulação "ações de saneamento do meio necessitam de enfoque diferenciado conforme o local de desenvolvimento do projeto, de modo que considerem e respeitem as características locais, culturais, sociais, ambientais e econômicas¹⁶." (PHILLIPI JR; MALHEIROS, 2005, p. 74).

Os teóricos que fundamentam este capítulo apresentam unanimidade na necessidade de articulações intersetoriais numa sociedade. É a promoção de saúde ambiental o maior foco desses fundamentos. "Iniciativas que operacionalizam os princípios da Promoção da Saúde são: municípios saudáveis, vigilância ambiental em saúde, melhoria sanitária domiciliar, Agenda 21, desenvolvimento local integrado/ sustentável". (COHEN et al., 2004, p. 808).

¹⁶ "A população de baixa renda tem vivido diretamente os impactos dos problemas ambientais. Tal fato acaba por aumentar suas dificuldades cotidianas, expressas pela falta de água, de energia, de espaços habitacionais seguros, de alimentação, entre outros". (PELICIONI, 2005, p.07).

Sendo assim, Philippi Jr. e Pelicioni (2002 apud PELICIONI, 2005, p. 08)

salientam que:

A humanidade necessita de uma nova concepção científica, um novo projeto civilizatório que leve em consideração a questão da universalidade do ser humano dentro de um processo histórico onde necessariamente deve-se estabelecer a ética da promoção da vida, o que exige reflexões e ações sobre as desigualdades, sobre a pobreza, sobre a exclusão da maioria ao acesso a bens e serviços, sobre as práticas e relações de consumo. Isso impõe a reconstrução de paradigmas e das relações do ser humano com a natureza, isso impõe uma reflexão contínua a partir da sua ação

A vigilância de ações de medidas de prevenção e a articulação de educação ambiental geram promoção de saúde. Objetivos socioeconômicos são imprescindíveis porque essas ações representam resultado extremamente positivo, eficaz nos indicadores sanitário-ambientais, diminuindo a procura por assistência à saúde, maior desempenho dos setores envolvidos no processo socioambiental. (PHILLIPI JR; MALHEIROS, 2005, p. 73).

A legislação brasileira retrata preocupação com a disposição de medidas voltadas à educação ambiental, como atesta Brasil (1981 apud PELICIONI, 2005, p.06):

Desde agosto de 1981, quando foi sancionada a Lei Federal nº. 6.938, que dispõe sobre a Política Nacional de Meio Ambiente, incluindo as finalidades e os mecanismos de formulação e execução, a educação ambiental foi considerada como um de seus alicerces, devendo se voltar a todos os níveis de ensino, inclusive à educação da comunidade, a fim de capacitá-la para a participação ativa na defesa do meio ambiente.

Conforme a Lei Federal nº. 9.795, de 1999, que dispõe sobre a Política Nacional de Educação Ambiental, todos têm direito à educação ambiental, componente essencial e permanente da educação nacional, que deve ser exercida de forma articulada em todos os níveis e modalidades de ensino, sendo de responsabilidade do Sistema Nacional do Meio Ambiente (SISNAMA), do Sistema Educacional, dos meios de comunicação, do Poder Público e da sociedade em geral.

Os teóricos ambientalistas reconhecem a necessidade da promoção da saúde ambiental por meio de programas. Leff (2001, p.314) apregoa que é

necessário "promover programas de melhoria da qualidade ambiental, como medida preventiva e de controle" da saúde ambiental.

Além disso, há também a necessidade do

[...]enfrentamento do desafio da consolidação da intervenção sobre os fatores determinantes da saúde no espaço construído, faz-se necessária a articulação das políticas públicas, de habitação, saúde, meio ambiente e infra-estrutura urbana. O que convoca a formação de alianças intersetoriais em uma visão holística integradora e multidisciplinar, em que a participação comunitária tem um papel essencial para o enfrentamento das questões locais da precariedade das relações do meio ambiente em seu habitat. (COHEN; CYNAMON; KLIGERMAN; ASSUMPÇÃO, 2004, p. 809).

Em virtude dos aspectos abordados neste capítulo, referente à integralidade de ações voltadas para a saúde ambiental, Leff (2001, p. 318) afirma que

a saúde ambiental define um novo campo de relações interdisciplinares, no qual deverá forjar-se uma nova ética da vida e um conceito renovado de saúde; onde deverão formar-se novos profissionais, capazes de conduzir as políticas ambientais, de saúde e de desenvolvimento, com o propósito de melhorar a qualidade de vida dos povos da América Latina e do mundo inteiro.

De acordo com a Organização Pan-americana de Saúde (OPAS) (1999, p. 25) há necessidade de se avançar na formulação e implementação de políticas de enfoque sistêmico, para permitir a unificação de objetivos favoráveis às políticas sociais organizadas de modo saudável e sustentável, visando com isso a atenção primária ambiental na busca de estratégias integradoras, intersetoriais e participativas.

Cohen et al. (2004, p. 810) conceituam atenção primária como sendo ações de baixa complexidade inseridas no contexto sanitário-ambiental, tais como:

[...] educação ambiental; contaminação simples dos ambientes de trabalho e domicílios; poluição sonora; qualidade e disponibilidade de água potável; controle de vetores transmissores de doenças, em combinação com a vigilância epidemiológica; manejo e reciclagem de resíduos sólidos; controle de qualidade de alimentos, em combinação com a vigilância sanitária; erosão de solos, queimadas florestais, pragas, urbanização de ruas, áreas verdes e outras.

3.3. EDUCAÇÃO: CAMINHO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE AMBIENTAL

A relação Homem e Natureza inclui a concepção de meio que se sobrepõe à concepção de fim, revelando a idéia dos contrários dentro da concepção fenomenológica de Maurice Merleau-Ponty (2006, p.70) que considera a seguinte assertiva, buscando pontuar a cíclica meio e fim. “A Natureza caminha, por uma série de desequilíbrios, para a realização do homem que se torna seu termo dialético”. principalmente se considerarmos a Educação como meio para se alcançar a Natureza Humana. A natureza de acordo com o autor citado é o fim.

A promoção da saúde ambiental é um conceito que se firma diante do outro, o da educação, pois esta é que levará e direcionará a tomada de decisões, a conscientização de hábitos saudáveis e sustentáveis que, de acordo com o conceito apresentado por Saviani (1996, p. 17), considera o ato educativo como sendo:

[...] o ato de produzir, direta e intencionalmente, em cada indivíduo singular, a humanidade que é produzida histórica e coletivamente pelo conjunto dos homens. Assim o objeto de estudo da educação diz respeito, de um lado, à identificação dos elementos culturais que precisam ser assimilados pelos indivíduos da espécie humana para que eles se tornem humanos e, de outro lado e concomitantemente, à descoberta das formas mais adequadas para atingir esse objetivo.

As palavras acima de Demerval Saviani permitem elucidar que a educação em saúde ambiental contextualiza as relações sociais, possibilitando a interação contínua entre os diversos atores sociais, envolvidos neste processo de modo participativo a favor de melhor qualidade de vida.

A educação tem o conceito de civilidade que vem a ser a adaptação do indivíduo ao meio em que vive. Os princípios que fundamentam a educação modificam-se em decorrência do tempo, lugar, concepções políticas e ideológicas que influenciam decisivamente no conceito de Educação, que ao longo da história sofreu modificações, com concepções de transmissão, reflexão, ação e reconstrução

do conhecimento.

Quando se fala em finalidade da Educação, percebe-se que a literatura evoca a questão filosófica, pois a educação comporta valores econômicos, teóricos, estéticos, éticos, religiosos, morais, biológicos, dentre outros para integração de um indivíduo/ coletividade dentro de um contexto social. (NIELSEN NETO, 1988, p.11-18).

Com isso, Hermann (2001, p.11) em sua obra Pluralidade e Ética em Educação constrói uma linha de pensamento centrada nas bases éticas, apregoando que há “exigência ética da educação, isto é, na necessidade de fazer aqueles que se educam se compreenderem como membros de uma comunidade. É indubitável que a educação participa da constituição da consciência espiritual e moral de uma comunidade”.

Objetivos educacionais voltados a saúde ambiental, devem, indiscutivelmente articular o entendimento de que:

[...] a Ecologia por si só não dá conta de reverter, de impedir ou de minimizar os agravos ambientais, os quais dependem de formação ou mudanças de valores individuais e sociais que devem expressar-se em ações que levem à transformação da sociedade por meio da educação da população. (PELICIONI, 2005, p. 04).

A discutida integralidade de ações em saúde ambiental articula, indiscutivelmente, as políticas públicas saudáveis evidenciando uma busca por melhores condições de vida da população que deriva da convergência de educação ambiental e educação em saúde.

Sendo assim, a busca por condições saudáveis de vida advém de uma harmonia estabelecida entre a saúde, a educação e o meio ambiente, que por ora, contribui para conjugação dos vínculos sociais de caráter institucional e comunitário.

Com isso, busca-se contemplar o real agir educativo do profissional de saúde em seu meio, que muitas vezes encontra-se carente de metodologias, necessitando

para isso de capacitação pedagógica para proferir o discurso, não da transmissão de saberes e sim da reconstrução dos mesmos.

Viabiliza-se com isso, a promoção da saúde ambiental em uma determinada realidade. Sobre este aspecto, L'Abbate (1994, p.482) aponta o seguinte:

[...] qualquer tipo de atuação visando à melhoria dos serviços de saúde deve capacitar os profissionais de saúde para a busca do aperfeiçoamento das relações sociais que se desenvolvem no dia-a-dia dos serviços numa perspectiva crítica de visualizar, com naturalidade, os problemas advindos da convivência humana, em qualquer situação na qual ela ocorra.

Essa autora atesta que a capacitação dos profissionais está condicionada à oferta de oportunidades advindas de iniciativas político-institucionais.

A preocupação com a questão ambiental advém de novas considerações acerca do mundo material, ou seja, da reconstrução de paradigmas sociais que priorizam oportunamente a qualidade de vida¹⁷. Reconstrução esta, que garanta a formação crítica dos atores sociais, viabilizando a tomada de consciência, por meio do ganho de autonomia na condução de suas ações cotidianas, de modo transformador da realidade sanitário-ambiental, muitas vezes desconhecida ou ocultada.

Com isso, discutem-se valores, agires, direito e deveres, enfim o exercício pleno da cidadania, direcionado à emancipação. A este respeito, Pelicioni (2005, p. 03) elucida que "a educação ambiental vai formar e preparar cidadãos para a reflexão crítica e para uma ação social corretiva ou transformadora do sistema, de forma a tornar viável o desenvolvimento integral dos seres humanos."

Neste panorama sanitário-ambiental, visualiza-se o imperativo da educação em saúde ambiental sobre a formação de uma consciência crítica e que esta é compartilhada pelas idéias apresentas por Nimnicht (1995, p. 91) norteando a práxis

¹⁷"Na década de 1970, tornou-se evidente que a educação ambiental é essencial para alterar o quadro de destruição em todo o planeta." (PELICIONI, 2005, p. 05).

do profissional de saúde, visto que a educação é resultante de um

[...] processo integrado ao desenvolvimento humano e social, orientado para a criação de ambientes físicos e psicológicos saudáveis, em que pessoas de todas as idades possam fazer uso máximo do contexto natural e dos recursos existentes, isto é, um conceito baseado em processos e abordagens de educação comunitária integral e auto-suficiente.

Em sua maior parte, a metodologia de ensino-aprendizagem adotada por trabalhadores da saúde ao seu público alvo permeia apenas a transmissão de saberes e não a reconstrução dos mesmos, necessitando rever aplicabilidade dessas ações incluindo a visão holística, isto é, a visão integrada da relação educação, saúde, sociedade e meio ambiente.

Indiscutivelmente, a exposição acima prioriza as medidas articuladas entre o desenvolvimento humano e saúde. Aliado ao exposto acima, considera-se as seguintes palavras:

A reflexão crítica deve gerar a práxis, isto é, ação-reflexão-ação; e a educação ambiental, ao formar para a cidadania ativa e igualitária, vai preparar homens e mulheres para exigir direitos e cumprir deveres, para a participação social e para a representatividade, de modo a contribuir e influenciar a formulação de políticas públicas e a construção de uma cultura de democracia (PELICIONI, 2005, p. 07).

Para Reigota (2004, p. 62) educação ambiental equivale a participação dos cidadãos tanto nas discussões quanto na tomada de decisões sobre a questão ambiental propriamente dita. Isto ocorre em razão de interações intersubjetivas e comunicativas, já que um dos objetivos da educação ambiental é a produção de conhecimento respeitando o complexo universo das relações humanas e ambientais.

Para complementar, faz-se uso da educação ambiental informal, principalmente reconstruindo a consciência humana através da racionalidade das ações. De acordo com Pelicioni (2005, p.05),

[...] enquanto processo político, até então confundida com Ecologia, começou a tomar vulto na década de 1980, em meio a um grande debate político quando alguns movimentos, entre os quais o estudantil, começaram a reivindicar a democratização do poder no Brasil, depois de longo período

de regime militar.

Assim sendo, verifica-se que

O desenvolvimento adequado das atividades de educação ambiental e de educação em saúde, tanto no espaço escolar como fora dele, com crianças e adultos, tem infinitas possibilidades, que devem ser estruturadas de acordo com cada situação em particular. (MOHR; SCHALL, 1992, p. 202).

Com isso, consolidam-se as ações educativas, em torno da complexidade ambiental, que estão diretamente relacionadas aos aspectos sociais, culturais, sanitários e ambientais.

A implementação de medidas sócio educativas voltadas para a promoção da saúde ambiental são decorrentes da educação,

[...]concebida como um processo de desenvolvimento humano e de transformação social. Ela tem de transcender o conceito tradicional de educação como acumulação de conhecimentos e transmissão cultural e abrir a possibilidade para cada pessoa, independentemente da idade ou das condições socioculturais, de satisfazer as necessidades básicas de aprendizagem e desenvolver o potencial para responder de forma criativa e crítica ao desenvolvimento de uma sociedade mais justa e mais humana. Está implícito nisso um conceito de um processo educacional aberto, no qual há:

- abertura para novas relações e interações entre as organizações sociais e comunitárias que conduzirão para o bem comum;
- abertura para processos de conscientização do contexto, seus problemas e potencialidades e compreensão, interpretação e uso da liberdade e da democracia;
- abertura para as ações individuais e coletivas baseadas no engajamento na transformação social. (NIMNIGHT, 1995, p.95).

A educação ambiental comporta-se politicamente, sendo dirigida para práticas sociais, articuladas com comunidades.

Em documento que analisa a educação ambiental, Reigota (2003, p. 38 apud PELICIONI, 2005, p. 09) refere que no Brasil “[...] ela é considerada por um grande número de educadores como uma educação política que visa uma participação cidadã na busca de soluções para os problemas ecológicos locais, regionais e mundiais”.

Em vista dos agravos à saúde humana como diarreias, verminoses, dengue,

leptospirose e outros que decorrem da insuficiência de infraestrutura sanitário-ambiental, emergem daí a necessidade de reverter esse quadro através das ações educativas que:

Em escolas de favelas ou de periferias de baixa renda, poderiam ser desenvolvidas atividades que permitissem a compreensão da relação da prevalência das doenças gastrintestinais com a qualidade e abastecimento (ou não) de água, ou ainda os problemas advindos da falta de disposição adequada dos esgotos e do lixo. Desta forma, a educação ambiental e a educação em saúde assumem um caráter muito mais amplo do que a mera aquisição de conhecimentos, passando a ser um momento de reflexão e questionamento das condições de vida, suas causas e conseqüências, e se tornando um instrumento para a construção e consolidação da cidadania. (MOHR; SCHALL, 1992, p. 202).

Ações comunitárias visam a busca da autonomia, a fim de resolver problemas por meio de recursos existentes, assumindo-se com isso, controle dos fatores. (NIMNIGHT, 1995, p. 99).

Os modelos assistenciais voltados para a vigilância à saúde humana ressaltam a importância para a promoção e a prevenção da saúde, além de considerar a educação em saúde como ferramenta indispensável na atenuação de seus problemas. Neste contexto, a educação em saúde envolve uma dimensão coletiva do processo saúde-doença, interagindo hábitos alimentares, tabagismo, etc. com questões ambientais que tenham conotação ecológica ou não. De acordo com Peregrino (2000, p.67): "[...] a saúde é uma questão social, intimamente relacionada à qualidade de vida; evidencia a saúde em detrimento da doença. Assim, põe em foco a prevenção e não o tratamento de doenças".

A educação acontece como parte da ação humana de transformar a natureza em cultura, atribuindo-lhe sentidos, trazendo-a para o campo da compreensão e da experiência humana de estar no mundo e participar da vida. O educador é por "natureza" um intérprete, não apenas porque todos os humanos o são, mas também por ofício, uma vez que educar é ser mediador, tradutor de mundos. Ele está sempre envolvido na tarefa reflexiva que implica provocar outras leituras da vida, novas compreensões e versões possíveis sobre o mundo e sobre nossa ação no mundo. (CARVALHO, 2004, p.77).

Assim sendo, pode-se considerar que a saúde ocupa uma posição

complexa, porque valores individuais e coletivos do mundo instrumental técnico passam a considerá-la como peça estratégica em busca da qualidade da vida.

Humanamente considerando, o meio ambiente ideal é o completo bem-estar físico, mental e social. Ambientes saudáveis muitas vezes sobrepujam o meio ambiente natural que, por sua vez, em contrapartida, sofre a degradação da natureza que é resultante do comportamento humano em desequilíbrio ao meio ambiente com forte impacto sobre a saúde humana.

A gestão dos bens naturais repercutirá na melhoria da qualidade da saúde se uma abordagem interdisciplinar e uma prática integradora estiver associada em ações educativas voltadas a ela. Com isso, destaca-se a importância de uma educação sanitário-ambiental tanto no âmbito formal quanto no informal, como atestam Mohr e Schall (1992, p. 202):

São de fundamental importância as atividades desenvolvidas fora do contexto escolar, em associações de moradores, clubes de mães, postos de saúde, etc., e que são passíveis dos questionamentos aqui abordados. É a direção da educação em saúde comprometida com a formação de um cidadão autônomo e crítico e, conseqüentemente, com uma ação transformadora para a melhoria das condições de vida.

Em razão dos aspectos apresentados, nota-se que a visão de caráter socioambiental apregoada por Isabel Cristina de Moura Carvalho (2004, p. 37) interage natureza, cultura, sociedade e os aspectos biofísicos, buscando direcionar ações educativas a serem desenvolvidas a favor do pleno exercício da cidadania.

4 A PROPOSTA DAS EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA

O Programa Saúde da Família (PSF) foi instaurado no Brasil, em 1994, pelo Ministério da Saúde, compreendendo uma estratégia para reorganizar a prática da atenção à saúde, procura levar às famílias ações de promoção, prevenção e recuperação da saúde, por meio do atendimento na unidade básica ou no domicílio. Contudo, o início da estratégia foi o ano de 1991, com a implantação do Programa de Agentes Comunitários (PACS), que realizavam visitas domiciliares, cuja finalidade foi a de reduzir índices de mortalidade infantil e materna na região Nordeste.

A abordagem familiar permitiu reconhecer a real identidade das demandas nos serviços de saúde em geral, já que o conceito de família não é estático e, sim, dinâmico, a ponto de estar sofrendo transformações visíveis ao longo do tempo na sua estrutura organizacional. Pode-se considerar família, como sendo um agrupamento populacional que estabelece vínculos dos mais variados tipos, como genéticos, econômicos ou culturais. Aliam-se a isso, a personalidade, o modo de vida, o meio ambiente físico e as relações humanas, todos esses aspectos de grande impacto no desenvolvimento humano, na reconstrução de valores que se refletirão no agir dessa população de modo significativo.

No entanto, foi a partir de 1998 que o Programa se consolidou como estratégia estruturante de um modelo de atenção à saúde que priorizasse ações pautadas nos princípios da territorialização, da intersetorialidade, da descentralização, da cor-responsabilização e da equidade, priorizando grupos populacionais com maior risco de adoecer ou morrer, ou seja, em consonância com os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS). Como eixo central teve-se o fortalecimento da atenção básica mediante a qual, o PSF foi pensado como

mecanismo de rompimento do comportamento passivo das unidades básicas de saúde, entendendo o indivíduo como singular e como parte integrante de um contexto mais amplo que é a família e a comunidade.

O Programa Saúde da Família, no Brasil, é minimamente composto por uma equipe de saúde, formada desde o início de sua implantação por um médico, um enfermeiro, um auxiliar de enfermagem e quatro a seis agentes comunitários de saúde. "A partir do ano 2000, foram incluídas as equipes de saúde bucal." (BRASIL, 2006 b, p.10).

O Programa Saúde da Família constitui um modelo de organização da atenção no nível primário, que se insere na atenção básica e convive com outros modelos dentro do Sistema Único de Saúde (SUS).

Quanto a criação do Programa Saúde da Família, é pertinente salientar que:

Esse foco das políticas sociais na família, que implica considerá-la como sujeito de atenção, sobre o qual deve-se ter pleno conhecimento dos problemas, o que exige uma nova abordagem para os profissionais da saúde e uma interação qualificada da equipe de saúde. Afinal, de que família se está falando? Quais são as suas necessidades de saúde? Em que contexto se inserem? Tais questionamentos indicam também uma nova orientação dos serviços para as comunidades onde as famílias habitam. (HEIMANN; MENDONÇA, 2005, p.488).

A estratégia do Programa Saúde da Família reafirma princípios e diretrizes do Sistema Único de Saúde¹⁸, como é o caso da universalização, integralidade, descentralização, participação da comunidade. Na integralidade, a Unidade de Saúde da Família se insere na atenção básica, sendo outro aspecto importante, a questão da territorialização e cadastramento da clientela, enfocando o diagnóstico em saúde coletiva e responsabilizando cada equipe com 4.500 pessoas, aproximadamente.

¹⁸O Sistema Único de Saúde foi criado constitucionalmente em 1988 e regulamentado em 1990 pelas Leis Orgânicas da Saúde 8080/90 e 8142/90.

4.1 OS CAMINHOS E DESAFIOS DAS EQUIPES

O Programa Saúde da Família passou por fases de desenvolvimento antes de sua consolidação. Portanto, é necessário considerar variáveis como a cobertura populacional, região onde se implementou, porte dos municípios, regras de transferência de recursos e vinculação administrativa da coordenação do programa. Segundo Heimann; Mendonça (2005, p.488), as fases são: de emergência (1994 - 1995); fusão entre o Programa Nacional de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF) (1995-1997); expansão (1997-2002); e consolidação e expansão planejada (2003- 2010).

A primeira fase, chamada de *emergência*, compreendida por um intervalo temporal relativamente curto, de 1994 a 1995, caracterizou-se pelo início da implantação das primeiras equipes de saúde da família no território nacional. Diante disso, pode-se ressaltar que:

[...] a adoção da estratégia do Programa Saúde da Família como política nacional estruturada ocorre a partir de 1994, visando à reorganização do SUS e ao aprofundamento da municipalização. Resultou de esforços conjuntos dos gestores de diversos níveis de governo em encontrar uma resposta à necessidade de transformação do modelo de atenção hegemônico no sistema de saúde brasileiro centrado na doença e na assistência médica individual e à fragmentação da assistência quanto à prevenção e cura. (HEIMANN; MENDONÇA, 2005,p.488)

Em 1991, já havia sido implantado no país, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS). Em 1994, o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS), já estava presente em 13 estados das regiões Norte e Nordeste, 897 municípios, com 29 mil agentes comunitários de saúde (ACS). E em 1995, atingia 1.088 municípios, com expansão para a região Centro-Oeste com 34.500 profissionais. Neste contexto, o conceito de atenção básica já fazia parte do Sistema Único de Saúde (SUS), e, com isso, o Programa Saúde da Família incorporou o significado do princípio da integralidade em saúde, passando a identificar em suas

ações, os riscos de adoecer, sejam eles social, biológico, no território previamente determinado.

O significado de atenção básica motivou o desenvolvimento de ações intersetoriais, que incorporaram a realização de parcerias com outras instituições e a comunidade para a solução dos determinantes dos problemas de saúde. Ainda nessa primeira fase, houve pouca evolução da cobertura populacional pelo Programa Saúde da Família, de 328 equipes de saúde da família (ESF), em 1994, para 724, em 1995. Houve concentração em pequenos municípios das regiões Norte e Nordeste, em áreas emergenciais, onde as redes públicas de atenção básica eram praticamente inexistentes.

Segundo, Heimann; Mendonça (2005,p. 491), "[...] ao mesmo tempo em que o avanço da estruturação do SUS, segundo seus princípios, buscava ampliar a universalização do acesso e a integralidade da atenção através da descentralização, a política de governo da época impunha restrições na expansão da ação pública estatal nas áreas sociais."

A segunda fase, *da fusão* entre o Programa de Agentes Comunitários de Saúde (PACS) e o Programa Saúde da Família (PSF), vigorou de 1995 a 1997. A partir de 1995, o Ministério da Saúde afirmou o Programa Saúde da Família como prioridade de atenção básica. Neste período, a cobertura populacional do Programa de Agentes Comunitários e Programa Saúde da Família, evolui, expandindo suas ações para a região Centro-oeste do país.

A terceira fase, chamada *de expansão*, de 1998 a 2002, refletiu questões pertinentes ao financiamento para posterior implantação das equipes de Programa Saúde da Família, além de outras ações regidas pela integralidade. O próprio termo expansão confere a extensão das equipes de saúde da família para as regiões Sul e Sudeste.

Os dados referentes ao número de equipes de saúde da família passaram a ser registrados oficialmente a partir de 1998 com a implantação do Sistema de Informação da Atenção Básica (SIAB). (BRASIL, 2006, p. 14).

A quarta fase, de *consolidação e expansão planejada*, 2003 a 2010, se apóia no Projeto de Expansão e Consolidação da Saúde da Família (Proesf)¹⁹. Representa a principal estratégia atual do Ministério da Saúde de organização e fortalecimento da atenção básica no país, com vigência de sete anos a partir de 2003. (HEIMANN; MENDONÇA, 2005, p. 491).

Em 2006, no bojo do Pacto de Gestão, acordado entre as três esferas de governo - Ministério da Saúde, Secretarias Estaduais e Secretarias Municipais de Saúde, a Saúde da Família é considerada como a estratégia prioritária para o fortalecimento da atenção básica, e seu desenvolvimento deve considerar as diferenças loco-regionais. Além disso, são objetivos explícitos:

- a. Desenvolver ações de qualificação dos profissionais da atenção básica por meio de estratégias de educação permanente e de oferta de cursos de especialização e residência multiprofissional e em medicina da família.
- b. Consolidar e qualificar a estratégia de saúde da família nos pequenos e médios municípios.
- c. Ampliar e qualificar a estratégia de saúde da família nos grandes centros urbanos.
- d. Garantir a infraestrutura necessária ao funcionamento das Unidades Básicas de Saúde, dotando-as de recursos materiais, equipamentos e insumos suficientes para o conjunto de ações propostas para esses serviços.
- e. Garantir o financiamento da Atenção Básica como responsabilidade das três esferas de gestão do SUS.
- f. Aprimorar a inserção dos profissionais da Atenção Básica nas redes locais de saúde, por meio de vínculos de trabalho que favoreçam o provimento e fixação dos profissionais.
- g. Implantar o processo de monitoramento e avaliação da Atenção Básica nas três esferas de governo, com vistas à qualificação da gestão descentralizada.
- h. Apoiar diferentes modos de organização e fortalecimento da Atenção Básica que considere os princípios da estratégia de Saúde da Família, respeitando as especificidades loco-regionais. (BRASIL, 2006a, p. 11)

¹⁹ Estratégia negociada ao final de 2002, financiada pelo Banco Internacional para a Reconstrução e o Desenvolvimento (Bird).

4.2 EQUIPES DE SAÚDE DA FAMÍLIA (ESF)

O foco das atividades desenvolvidas pela equipe de saúde da família, como o próprio nome diz, é a família, entendida no ambiente onde vive, permitindo assim, compreender de modo ampliado o processo saúde-doença e formular e implantar estratégias de impacto, gerando promoção de saúde. Com isso, o Programa Saúde da Família constitui estratégia que visa promover a integração e organização das atividades em um território previamente definido, com o intuito de resolver os problemas identificados.

As equipes de saúde que atuam na estratégia Saúde da Família (ESF) devem ser pró-ativas na identificação do processo saúde-doença e no reconhecimento de agravos, que devem ser seguidos ao longo do tempo, mediante o cadastramento e o acompanhamento contínuo e integral dos usuários e suas famílias (ações programadas). Ainda, como acolher integralmente as necessidades de uma comunidade definida por limites territoriais (ações de atenção à demanda espontânea), para que desta maneira consiga-se interferir nos padrões de produção de saúde-doença e conseqüentemente, se reflita como impacto na melhoria dos indicadores de saúde. (BRASIL, 2006a, p.12).

A Saúde da Família é uma estratégia de caráter substitutivo da atenção básica convencional, acima de tudo, compromissada com a promoção à saúde, com as mudanças nos hábitos e padrões de vida, mediante o empoderamento dos indivíduos e famílias frente à vida. Para tal, a Equipe Saúde da Família tem composição multiprofissional e trabalha de forma interdisciplinar. É responsável pela atenção integral continuada à saúde de uma população entre 2.400 a 4.000 pessoas residentes em seu território de abrangência. (BRASIL, 2006a, p.12).

As equipes de Saúde da Família devem estabelecer vínculos de compromisso e co-responsabilidade entre seus profissionais de saúde e a população adstrita por

meio do conhecimento dos indivíduos, famílias e recursos disponíveis nas comunidades; da busca ativa dos usuários e suas famílias para o acompanhamento ao longo do tempo dos processos de saúde-doença que os acometem ou poderão os acometer, do acolhimento, e do atendimento humanizado e contínuo ao longo do tempo. (BRASIL, 2006a, p. 13).

Para atingir o objetivo proposto, o trabalho da equipe Saúde da Família se inicia a partir do mapeamento do território e do cadastramento da população adstrita. Em seguida, é realizado o diagnóstico de saúde da comunidade, com base no qual se faz o planejamento e a priorização das ações a serem desenvolvidas pelos profissionais. Essas ações devem ser orientadas tendo em vista as responsabilidades dos municípios em relação à atenção básica definidas por portarias específicas. (BRASIL, 2006a, p. 13).

A Unidade Básica de Saúde (UBS) onde atua as Equipes Saúde da Família (ESF) pode ser o antigo Centro de Saúde reestruturado ou a antiga Unidade Mista, mas, que deverá estar trabalhando dentro de uma nova lógica, com maior capacidade de ação para atender às necessidades de saúde da população de sua área de abrangência. As ESF devem resolver cerca de 85% dos problemas de saúde da comunidade.

Oferecer à população ações de saúde acessíveis, resolutivas e humanizadas é uma responsabilidade a ser compartilhada pelas três esferas de gestão do Sistema Único de Saúde. O acelerado crescimento da estratégia Saúde da Família e os investimentos recentes na sua expansão após 10 anos de implementação trazem a necessidade de reflexão sobre sua concepção, operacionalização e sustentabilidade. (BRASIL, 2005, p. 11).

As ações desenvolvidas estão centradas na família, percebida a partir do seu ambiente sócio-cultural. O trabalho neste âmbito estrutura-se a partir da Unidade de

Saúde da Família (USF), onde fica sediada a equipe multiprofissional com responsabilidade por uma determinada população a ela vinculada. Esta organização favorece o estabelecimento de vínculos de responsabilidade e confiança entre profissionais e famílias e permite uma compreensão ampliada do processo saúde/doença e da necessidade de intervenções a partir dos problemas e demandas identificadas.(BRASIL, 2005, p.15).

Com a finalidade de incorporar e reafirmar os princípios do Sistema Único de Saúde (SUS), a atuação das equipes seguem os princípios norteadores constantes no documento do Ministério da Saúde, apresentado pelo Departamento de Atenção Básica, que são assim identificados: caráter substitutivo, integralidade e intersetorialidade, territorialização, equipe multiprofissional, responsabilização e vínculo, estímulo à participação da comunidade e ao controle social.

O caráter substitutivo refere-se à substituição das práticas tradicionais de assistência por um processo de trabalho comprometido com a prevenção de doenças. Em relação à integralidade e à intersetorialidade, as equipes devem buscar junto a outros setores sociais a complementaridade, visando a promoção da saúde e prevenção das doenças.

A territorialização permite a identificação das eventuais desigualdades existentes na área abrangente pelo Programa Saúde da Família, desta maneira, viabiliza atenção diferenciada aos grupos e famílias mais vulneráveis.

A equipe multiprofissional contempla a inserção de outros profissionais junto a equipe básica composta por um médico, um enfermeiro, um ou dois auxiliares de enfermagem, equipe de saúde bucal e dos agentes comunitários de saúde. A exemplo de psicólogos, nutricionistas, assistentes sociais e fisioterapeutas, poderão ser incorporados formando equipes de apoio, de acordo com as necessidades e possibilidades locais. A Unidade de Saúde da Família pode atuar com uma ou mais

equipes, dependendo da concentração populacional existente no território sob sua responsabilidade. A abordagem dos problemas e necessidades de saúde, bem como, o modo de organização e funcionamento da estratégia, na perspectiva da integralidade, requer da equipe a capacidade de articular requisitos técnicos a uma prática que considere os contextos individual, familiar e coletivo, e as relações entre os profissionais, desenvolvendo habilidades e mudanças de atitudes. (BRASIL, 2005, p.17).

Os princípios da responsabilização e vínculos, bem como, à participação da comunidade ao controle social, favorecem a construção da autonomia dos sujeitos e o desenvolvimento de projetos conjuntos para a melhoria da qualidade de vida da população.

Os campos de atuação da estratégia Saúde da Família envolvem práticas de saúde no âmbito da Atenção Básica que devem abranger todas as etapas referidas ao processo saúde-doença, como a promoção e prevenção da saúde, assistência e tratamento, explicados a seguir:

A Promoção da Saúde foi definida pela OMS (1986) como "processo de habilitação das pessoas para que aumentem seu controle sobre, e melhorem sua saúde". Os pré-requisitos para saúde vão além da simples prevenção de doenças, ou de estilo de vida próprio, incluindo aspectos como "paz, proteção, educação, alimentação, renda, ecossistema estável, justiça e equidade social". Busca-se a construção de uma capacidade para analisar e agir sobre os determinantes sociais do processo saúde-doença, bem como, sobre os problemas que afetam a vida e as condições em que se vive.

A Prevenção de doenças e agravos adota enfoque na redução dos fatores de risco para indivíduos e grupos sociais, contando para tal com os conhecimentos e metodologias acumuladas pela saúde coletiva em suas diversas áreas e ações programáticas. São enfatizadas ações de prevenção primária através da promoção de saúde (evitar o aparecimento da doença na população geral, intervindo nos fatores de risco), e proteção específica (evitar o aparecimento da doença em grupos sub-clínicos ou grupos de risco). Estas incluem as ações previstas na área de vigilância epidemiológica, sanitária e ambiental.

A Assistência e o Tratamento (prevenção secundária) se dirigem ao reconhecimento precoce da doença, a adoção de medidas de tratamento individual, familiar e comunitário integrais em conformidade com o nível de atenção e o desenvolvimento atual da tecnologia em saúde. Para isso, as equipes de saúde devem ter acesso a condições e trabalho que garantam a

qualidade do atendimento aos pacientes, às famílias e à comunidade, bem como, a garantia da referência aos demais níveis de atenção do sistema. A Reabilitação da saúde (prevenção terciária) tem por propósito restabelecer a capacidade funcional das pessoas que a tiveram prejudicada como consequência do processo de adoecimento. No contexto da estratégia Saúde da Família, as ações de reabilitação requerem o estreito envolvimento da família e de condições domiciliares para o alcance de melhores resultados nessa dimensão do cuidado, assim como acesso a serviços especializados de reabilitação quando necessário.(BRASIL, 2005,p.18-19).

Espera-se que o conjunto das práticas de saúde desenvolvidas pelos profissionais das equipes devam abranger todas as fases do ciclo de vida humana (crianças, adolescentes, jovens, mulheres e homens adultos, idosos), os agravos prioritários, necessidades de saúde e doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, e ações programáticas em saúde.

O princípio do Programa Saúde da Família é o da *vigilância a saúde*, atuando de maneira multidisciplinar e intersetorial, cuja responsabilidade se caracteriza de forma integral sobre a população adscrita.

Os objetivos do Programa Saúde da Família (PSF) são: "contribuir para a reorientação do modelo assistencial a partir da atenção básica, em conformidade com os princípios do Sistema Único de Saúde, imprimindo uma nova dinâmica de atuação nas unidades básicas de saúde, com definição de responsabilidades entre os serviços de saúde e a população".(BRASIL, 1997, p 10.).

Além disso, (BRASIL, 1997, p. 10) busca também firmar:

- prestar, na unidade de saúde e no domicílio, assistência integral, contínua, com resolutividade e boa qualidade as necessidades de saúde da população adscrita; intervir sobre os fatores de risco aos quais a população está exposta;
- eleger a família e o seu espaço social como núcleo básico de abordagem no atendimento à saúde;
- humanizar as práticas de saúde através do estabelecimento de um vínculo entre os profissionais de saúde e a população;
- proporcionar o estabelecimento de parcerias através do desenvolvimento de ações intersetoriais;
- contribuir para a democratização do conhecimento do processo saúde/doença, da organização dos serviços e da produção social da saúde;
- fazer com que a saúde seja reconhecida como um direito de cidadania e, portanto, expressão da qualidade de vida ; e
- estimular a organização da comunidade para o efetivo exercício do

controle social.

As atribuições das equipes de saúde da família são, dentre outras:

- conhecer a realidade das famílias pelas quais são responsáveis, com ênfase nas suas características sociais, demográficas e epidemiológicas;
- identificar os problemas de saúde prevalentes e situações de risco aos quais a população está exposta; elaborar, com a participação da comunidade, um plano local para o enfrentamento dos determinantes do processo saúde-doença;
- prestar assistência integral, respondendo de forma contínua e racionalizada a demanda organizada ou espontânea com ênfase nas ações de promoção a saúde; resolver através da adequada utilização do sistema de referência e de contra-referência, os principais problemas detectados;
- desenvolver processos educativos para a saúde, voltados a melhoria do autocuidado dos indivíduos; e
- promover ações intersetoriais para o enfrentamento dos problemas identificados.(BRASIL, 1997, p. 13-14).

As principais diretrizes apregoam:

1. Conhecer a realidade das famílias na sua área de atuação, no que se refere aos aspectos socioeconômicos, culturais, demográficos e epidemiológicos, identificando os problemas de saúde mais comuns e os riscos de exposição da população.
2. Realizar o cadastramento da população adscrita.
3. Elaborar plano de saúde local baseado no diagnóstico de saúde da população, programar atividades e reestruturar o processo de trabalho com a participação da comunidade.
4. Executar vigilância em saúde, atuando no controle de doenças como tuberculose, hanseníase, doenças sexualmente transmissíveis e AIDS, outras doenças infecto-contagiosas em geral, doenças crônicas não-transmissíveis, e doenças relacionadas com o trabalho e ambiente.
5. Prestar assistência resolutiva, em sintonia com a demanda e com os principais problemas de saúde detectados na população, buscando articular os demais níveis de atenção para garantir integralidade no cuidado.

6. Organizar os serviços e desenvolver as ações com ênfase na promoção da saúde e no núcleo familiar, valorizando a relação com o usuário.
7. Desenvolver processos educativos com a população através de grupos comunitários, enfocando aspectos de melhoria de saúde e qualidade de vida.
8. promover ações intersetoriais e com organizações comunitárias formais e informais para atuarem conjuntamente na solução de problemas de saúde, trazendo para o debate o tema da cidadania, do direito à saúde e suas bases legais.
9. Incentivar a participação ativa dos Conselhos Locais e Municipais de Saúde, fortalecendo o controle social.

A base de atuação das equipes de saúde da família são as unidades básicas de saúde, incluindo atividades de visita domiciliar, internação domiciliar, e participação em grupos comunitários.

Todos os integrantes da Equipe de Saúde da Família têm atribuições peculiares a sua categoria profissional, porém há atribuições que todos compartilham como promover a qualidade de vida e contribuir para que o meio ambiente seja saudável, além de participar do processo de programação e planejamento das ações e da organização do processo de trabalho das unidades de Saúde da Família.

Para que as equipes de saúde da família consolidem ações de vigilância em saúde é primordial que todas as instâncias da sociedade se articulem dentro de um programa educativo, visando a integralidade em saúde ambiental.

A diversidade de olhares decorrentes de formações profissionais variadas permite novas leituras da realidade sanitário-ambiental de uma determinada localidade, pois conceitos, valores e representações sociais dessa temática, expressam desafios a serem superados pelas políticas públicas saudáveis.

Atualmente a maior parte das equipes de saúde da família é composta por

profissionais cujo currículo profissional em sua maioria não privilegia a formação de educadores, compreende os cursos técnicos e superiores, muito embora o conceito de educação seja esperado por todos os profissionais, uma vez que trabalham com o ser humano. A temática investigada necessita de uma abordagem educativa eficiente. Educação, saúde e meio ambiente são temas complexos, pois há a necessidade de compartilhar valores, anseios, e não instrumentalizar um saber ambiental, sob a lente objetiva do positivismo e sim, preparar profissionais para dialetizarem o contexto, além de capacitar as pessoas, dar apoderamento às famílias para desenvolverem autonomia, e, assim, oferecer poder de escolha, de decisão, de reivindicação, por meio de políticas públicas no ambiente formal e informal.

5 METODOLOGIA

Para atingir os objetivos propostos neste estudo, buscou-se alicerce na metodologia qualitativa, a qual contempla a compreensão holística de um determinado fenômeno. A natureza do estudo é de caráter exploratório, descritiva de um estudo de caso. Isto se deve ao fato de a pesquisa partir inicialmente da "exploração" da área de conhecimento utilizada para tal. Outro ponto a destacar é com respeito à pesquisa ser qualificada por descritiva, a medida que se valem de informações primárias e secundárias de uma determinada realidade.

Metodologicamente, o presente estudo qualitativo passou pelas seguintes etapas de elaboração e execução: primeiramente, a elaboração do projeto de pesquisa e construção dos instrumentos de coleta, seguido pela submissão a apreciação e aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde, da Universidade Federal do Paraná, para que a pesquisa de campo se tornasse viável. Houve a preocupação com a construção do referencial teórico, seguido da aplicação das entrevistas semi-estruturas, para posterior transcrição e análise das falas dos entrevistados.

A seguir, são apresentados a contextualização da área, a população estudada, as técnicas e os instrumentos utilizados na coleta das informações primárias e o tratamento e análise das informações.

Os critérios para a seleção de informantes-chaves a serem entrevistados respeitaram a condição de que trabalhassem no Programa Saúde da Família da Unidade de Saúde Vila Esperança. Todas as categorias profissionais que atuam diretamente na Equipe foram entrevistadas: médico, cirurgião-dentista, enfermeiro, auxiliar de enfermagem, auxiliar de consultório odontológico, técnico em higiene dental, agentes comunitários de saúde, totalizando trinta entrevistas.

Para a coleta das informações, foram elaborados roteiros de entrevista semi-estruturada idêntico a todas as categorias entrevistadas, composto por oito questões do tipo aberta, as quais buscaram investigar o agir educativo na promoção da saúde ambiental desses profissionais. As entrevistas foram realizadas entre os meses de setembro e outubro do ano de 2006. Segue abaixo, o roteiro de entrevista aplicado:

**ENTREVISTA PARA INTEGRANTE DA EQUIPE DE SAÚDE DA FAMÍLIA
UNIDADE DE SAÚDE VILA ESPERANÇA, ATUBA - CURITIBA, PR**

DATA DA ENTREVISTA:

ENTREVISTADORA: CRISTHIANE

Cargo:

Idade: _____

Sexo: () F () M

Grau de Escolaridade: _____

1) Há quanto tempo você atua no Programa Saúde da Família?

2) Identifique 5 problemas ambientais encontrados na sua área de atuação:

3) A sua equipe discute estes problemas ambientais?

Sim () Não ()

Quando? Justifique a sua resposta.

4) Defina meio ambiente. (Para você o que é meio ambiente?)

5) Para você existe relação entre meio ambiente e saúde humana?

Sim () Não () Explique a sua resposta.

6) Você desenvolve atividades educativas? Quais temas são tratados nestas atividades?

7) Com que frequência são realizadas as atividades educativas? Qual local?

8) Como você procura solucionar os problemas ambientais encontrados? Há integração com outros setores (ONGs, outras Secretarias, etc...)

As entrevistas foram realizadas, em locais, na própria Unidade de Saúde, onde assegurassem a confidencialidade e a privacidade aos entrevistados. As entrevistas foram gravadas sob concordância dos entrevistados, a partir da assinatura de um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (ANEXO B), que garante informações a respeito da pesquisa e do sigilo da identificação do entrevistado.

Após a coleta das informações, as entrevistas gravadas foram transcritas na íntegra pela pesquisadora, garantindo a veracidade, bem como preservando a confidencialidade dos discursos proferidos pelos profissionais de saúde, utilizando-se para isso, códigos na referência dos discursos apresentados neste estudo: VEF n (sendo que, VE compreende Vila Esperança, F funcionário da Unidade entrevistado e n, um número natural inteiro variando 1 a 30, simbolizando os entrevistados).

5.1 TRATAMENTO E ANÁLISE DOS DADOS

Para o tratamento e análise dos dados adaptou-se a metodologia de análise do discurso do sujeito coletivo proposta por Fernando Lefèvre e Ana Maria Cavalcanti Lefèvre, presente na obra intitulada *O discurso do sujeito coletivo: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (Desdobramentos)*.

Após a coleta e transcrição das entrevistas, iniciou-se a análise de cada questão norteadora. Quanto ao primeiro passo, Lefèvre e Lefèvre (2005, p. 46) apresentam que "[...] será inicialmente analisada a questão 1 de todos os sujeitos entrevistados: a seguir a questão 2 de todos os sujeitos entrevistados e, assim, sucessivamente."

O segundo passo compreende a identificação de expressões-chave, isto é,

idéias centrais. A partir daí, pode-se construir o discurso do sujeito coletivo valendo-se para isso de todo o material das expressões-chave (idéias centrais).

5.2 CARACTERIZAÇÃO DA ÁREA DE ESTUDO

A área a ser estudada compreende uma região localizada na periferia do município de Curitiba integrante do Bairro Atuba. Inicialmente, serão abordados aspectos de ordem histórica, demográfica, geográfica, entre outros, do Bairro Atuba, retirados do sítio eletrônico da Prefeitura Municipal de Curitiba (www.curitiba.pr.gov.br). Na página a seguir visualiza o mapa do Bairro Atuba. (Fonte: IPPUC, 2006).

A história do Bairro Atuba teve início no século XVI, em razão da chegada e instalação dos fundadores da cidade de Curitiba. Essa primeira povoação, na margem do rio Atuba, que deu nome ao bairro, chamava-se "Vilinha", porém, não permaneceu muito tempo nesse lugar. A lenda conta que a imagem da Padroeira, Nossa Senhora da Luz, tinha olhos voltados para o lugar que Curitiba ocupa hoje. Os moradores da Vilinha mudaram-se então para o local onde atualmente encontra-se a Praça Tiradentes. Aí, os colonos fundaram a Vila Nossa Senhora da Luz, que posteriormente passaria a chamar-se Curitiba.

Quanto aos aspectos físicos do bairro Atuba ressalta-se o seguinte: ponto inicial na Ponte da Estrada das Olarias sobre o Rio Atuba. Segue pelo Rio Atuba, Rio sem nome, Rua Rio Mucurí, Rua Alberico Flores Bueno, Rua Modesto Piccoli, Avenida Monteiro Tourinho, antiga Estrada para Colombo, Avenida Mascarechas de Moraes, Rua Comendador Zake Sabbag, Estrada das Olarias, até o ponto inicial.

O bairro ocupa uma área de 4,27 km² e dista do marco zero a 8.171m. Sua população é de 12.632 habitantes, composta de imigrantes de vários países. A faixa

etária predominante da população é a compreendida entre 30 a 34 anos.

O Bairro Atuba dispõe de indústrias variadas, comércio varejista e atacado, serviços diversos e de agropecuária. Destacando -se o comércio.

No setor educacional, percebe-se a existência de um Farol do Saber, quatro Centros Municipais de Educação Infantil, uma Escola Estadual, duas Escolas Municipais e duas escolas particulares.

No que se refere aos centros de esporte e lazer, apresenta uma quadra aberta.

Quanto ao meio ambiente, citam-se cinco jardinetes, núcleo ambiental, um parque e cinco praças. A relação habitante/ área verde traduz-se em 30,61 m².

Sendo assim, a presença do rio Atuba e demais indicadores sócio-ambientais, justificam a necessidade em pesquisar esta área.

A Unidade de Saúde Vila Esperança, com sede no Bairro Atuba, no Município de Curitiba, Estado do Paraná, à Rua Cataratas do Iguaçu. (Ilustração 1)

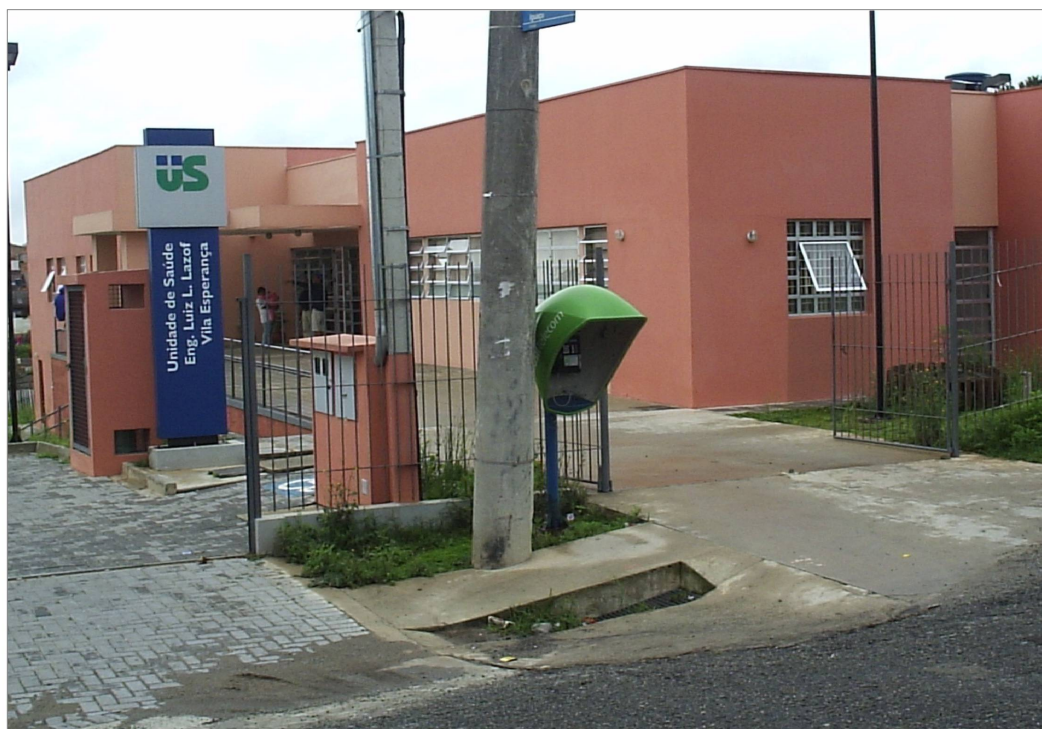


ILUSTRAÇÃO 1- Unidade de Saúde Vila Esperança.
Fonte: Cristhiane A. Mariot, 2006.

A Unidade de Saúde Vila Esperança nasceu do sonho da comunidade da própria vila sediando a Associação de Moradores Nova Esperança entre os anos de 1982 a 1984.

De 1985 a 1986, criou-se um convênio entre a Associação de Moradores Nova Esperança e o Instituto Nacional Assistência de Médica e Previdência Social (INAMPS), propiciando o funcionamento do mini-posto de saúde.

A partir de 1987 até 1994, a comunidade local passou a ser atendida pela Unidade de Saúde Atuba, que ofertava além das campanhas de vacinação, atendimentos odontológico e médico.

No ano de 1994, formou-se uma Comissão composta pela Sociedade Recreativa Beneficente Tia Dina, tentando parceria com o Posto de Saúde Atuba/Colombo. Ainda neste ano, os atendimentos médicos e odontológicos passaram a ser realizados pela Unidade de Saúde Vila Tingüi, até o ano de 1999.

A criação da unidade de Saúde Vila Esperança foi concebida por luta política, que se intensificou durante os anos de 1998 e 1999 mediante participação popular nos Conselhos Locais de Saúde do Distrito Sanitário do Boa Vista. Em 1999, ocorreu a IV Conferência Local de Saúde da Unidade de Saúde Tingüi, na Escola Anísio Teixeira, na qual a construção de uma Unidade de Saúde na Vila Esperança surgia como primeiro ponto na pauta de reivindicações da Conferência. Neste mesmo ano, houve a entrega de abaixo assinado, reivindicando a Unidade de Saúde Vila Esperança para o Prefeito, em exercício na época, num evento chamado "Evento Cidadão Saudável", no Bairro Atuba.

E, por fim, em 14 de março de 2000, inaugurou-se a atual Unidade de Saúde Vila Esperança.

De acordo com registros obtidos na própria Unidade de Saúde pesquisada, sua missão é de "atender bem os usuários e as suas famílias, com qualidade e

resolutividade, visando à prevenção e a promoção da saúde, estabelecendo parceria com a comunidade".

Inaugurada em 14 de março de 2000, em imóvel locado de 54 m², oferece assistência à população de segunda a sexta-feira, das 07:00 às 17:00 horas e conta na sua estrutura com o Programa Saúde da Família.

Em 28 de março de 2005, foi re-inaugurada a Unidade de Saúde Vila Esperança que passou a ser chamada de Unidade de Saúde Eng^o. Luiz L. Lazof/ Esperança, em imóvel próprio, com 690 m², em terreno de 4.000 m².

Aos funcionários da Prefeitura Municipal de Curitiba, lotados nesta Unidade e inseridos ao processo de assistência à saúde e à saúde bucal, somam-se os Agentes Comunitários de Saúde (ACS).

A Unidade de Saúde possui uma área de abrangência equivalente a 690 m². A população desta área compreende a 4.372 habitantes, sendo que, 2.235 são do sexo feminino e 2.137, do sexo masculino. (Ilustrações 2 e 3).



ILUSTRAÇÃO 2- Parte da área de abrangência da Unidade de Saúde Vila Esperança (vizinha à Unidade).

Fonte: Cristhiane A. Mariot, 2006.



ILUSTRAÇÃO 3 – Outra vista da abrangência da Unidade de Saúde Vila Esperança (vizinha à Unidade).

Fonte: Cristhiane A. Mariot, 2006.

Em 98% das residências há abastecimento de água e, em 95%, instalações sanitárias. A coleta do lixo é feita em 98% dos domicílios.

A comunidade de Vila Esperança conta com os seguintes estabelecimentos sociais: Escola Estadual Luiz Losso (Ensino fundamental); Escola Municipal Anísio Teixeira (de primeira a quarta série); Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) Campo Alto (Municipal); Centro Municipal de Educação Infantil (CMEI) Nova Esperança (Comunitária); Piá Tia Dina e Asa Branca²⁰.

Outro aspecto relevante, é que a Vila Esperança conta apenas com a Unidade de Saúde como equipamento sanitário, pois não dispõe de consultórios médicos, nem odontológicos na região.

²⁰ A terminologia Piá é utilizada para designar projeto assistencial aos menores carentes.

Para fortalecimento da participação da comunidade, esta tem o Conselho Local de Saúde (CLS), Associação de Moradores Campo Alto/ Asa Branca, Associação de Moradores Jardim Atuba II/ Tabajara, Associação de Moradores Nova Esperança/ Atuba, Associação Recreativa Beneficente Tia Dina (Idosos), Liceu de Ofícios Tia Dina, Pastoral da Criança, Capela Nossa Senhora da Penha e Associação de Proteção e Apoio Beneficente à Família e Clube de Mães do Atuba - APABEMÃE.

Atualmente, a Unidade de Saúde Vila Esperança, apresenta quadro de funcionários com 38 profissionais. Nesta Unidade, há três equipes de Saúde da Família. Todos os funcionários cumprem 40 horas semanais, isto é, oito horas diárias.

5.3 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Todo o resultado de pesquisa inclui fontes de informações, e o quadro 01 abaixo discrimina o universo de entrevistados na Unidade de Saúde Vila Esperança:

Categorias profissionais	Quantidade de entrevistados
Agente Comunitário de Saúde (ACS)	08
Auxiliar de Enfermagem	09
Cirurgião-dentista	02
Técnico em Higiene Dental	01
Auxiliar de Consultório Odontológico	05
Médico	02
Enfermeiras	03
Total	30

QUADRO 1- Quantidade de profissionais entrevistados em relação à categoria profissional.

Em consequência da análise dos discursos coletados, esta nos permitiu interpretar através de uma categorização os temas pertinentes às questões presentes no roteiro aplicado que serão destacadas ao longo desta análise. Como pesquisadora, saliento a preocupação que tive em preservar a identidade dos

entrevistados, codificando suas falas (VEFn), independente da categoria profissional a que pertença, pois o objetivo desta análise é conhecer o enfoque da equipe multiprofissional como um todo com relação aos questionamentos realizados.

Questionados sobre o **tempo de atuação**, os profissionais envolvidos junto ao Programa Saúde da Família (PSF) da Unidade Vila Esperança, dos trinta entrevistados, dezesseis responderam entre dois a cinco anos de atuação, doze declararam seis a sete anos e dois, menos de um ano. Isto permite elucidar conhecimento do território abrangente, bem como do Programa analisado, além da construção de vínculos com a comunidade da região estudada por parte dos profissionais entrevistados.

Freitas e Porto (2006, p.30-31) recomendam enfaticamente “[...] estudos com características interdisciplinares, sistêmicas e participativas; e de marcos referenciais teóricos e conceituais transdisciplinares” permitem abordagem integrada, no âmbito sanitário-ambiental, viabilizadas por equipes multiprofissionais.

Convém ressaltar ainda, que a maior parte dos entrevistados possui no mínimo ensino médio concluído. Dos trinta, dezenove dispõem ensino médio completo, dez, ensino superior e um apenas o ensino fundamental completo.

As categorias profissionais integrantes no Programa Saúde da Família, exigem para o exercício de suas atividades o mínimo de escolaridade, como ensino fundamental completo para o cargo de agente comunitário de saúde; ensino médio completo associado ao técnico para os cargos de técnico em higiene dentária, auxiliar de enfermagem e auxiliar de consultório dentário. Para a atuação de odontólogos, médicos e enfermeiros, exige-se conclusão do curso superior.



ILUSTRAÇÃO 4- Vista da rua não pavimentada na Vila Esperança
Fonte: Cristhiane A. Mariot, 2006.

Os ***problemas ambientais encontrados na Vila Esperança*** mereceram reflexão da equipe multiprofissional entrevistada, o que resultou no seguinte elenco: acúmulo de lixo; cães abandonados; falta de saneamento básico, esgoto a céu-aberto; falta de conhecimento da comunidade; presença de ratos; poluição do Rio Atuba; enchentes; falta de pavimentação nas ruas; sujeira nas casas; emissão de gases poluentes por fábrica na região; abandono do Parque Atuba; violência e falta de área verde, alguns deles visualizados nas ilustrações 4 e 5.



ILUSTRAÇÃO 5 - Presença de entulho e lixo na região da Vila Esperança.
Fonte: Cristhiane A. Mariot, 2006.

Ao se observar as falas dos entrevistados, é possível perceber que o Rio Atuba é o principal cenário dos problemas ambientais encontrados na área abrangente da Unidade de Saúde Vila Esperança, como se expressa na fala de um dos entrevistados:

"Mais é o acúmulo de lixo, principalmente na, em beira de rios. Nós temos um rio que faz limite com a nossa Unidade, logo a partir do rio já é Colombo, então o maior problema está sendo o acúmulo de lixo mesmo, não só na beira do rio, mas como em toda a região mesmo, tanto que está sendo feito alguns projetos de tempos e tempos em que há uma coleta, um dia específico em que vem caminhões, onde o exército participa também para coletar o lixo, são toneladas..."(VEF5).

A poluição hídrica é o que assola os sujeitos pesquisados, pois nesta verifica-se como fator causal o acúmulo de lixo, visualizados nas ilustrações 6 e 7. Esse acúmulo ocasionado pela falta de conhecimento ou até mesmo consciência sanitário-ambiental da população residente na região, acarreta em enchentes quando em períodos chuvosos, colocando em risco a vida de muitas famílias margeadas e residentes nas proximidades do Rio Atuba. Discursando sobre esse

problema, um dos integrantes da equipe evoca:

" [...]E tem o rio que faz divisa com Colombo, que quando chove, acaba dando alagamento, acaba transbordando, justamente por excesso de lixo (...), sacolas, sofá, pneu, pedaço de cama, colchão ..." (VEF6).



ILUSTRAÇÃO 6- Visualização de acúmulo de lixo nas margens do Rio Atuba.
Fonte: Cristhiane A. Mariot, 2006.

A própria perturbação social ocasionada pelos efeitos decorrentes da poluição hídrica, em especial, o Rio Atuba, configura-se uma questão culturalmente instalada para a sociedade em geral, confirmada pela historicidade do *binômio saúde e meio ambiente* já retratada no item 2.1 do presente estudo.



ILUSTRAÇÃO 7- Vista Rio Atuba que divide o município de Curitiba (à esquerda) e Colombo (à direita).

Fonte: Cristhiane A. Mariot, 2006.

Com isso, verifica-se que a poluição das águas compromete o bem-estar da população pesquisada, pondo em risco a utilização deste recurso natural cada vez mais escasso, e, de acordo com Bassoi (2005, p.176-182), a respeito da utilização da água, seja para suprir necessidades básicas, seja para a *preservação da vida* (grifo da pesquisadora). O abastecimento público, o lazer, a preservação da fauna e da flora aquática, entre outras, são destacadas pelo autor: “A utilização da água no abastecimento público é o seu uso mais nobre, considera-se para beber, higiene pessoal, limpeza de utensílios, lavagens de roupas, cozimento de alimentos, irrigação de jardins, etc.” (Idem, 2005, p.176-182).

Além disso, verifica-se também preocupação da equipe como um todo em

enfocar os determinantes socioambientais, como por exemplo, a violência associada à depredação de áreas verdes da região; a presença de ratos, decorrentes muitas vezes de acúmulo de entulhos, lixo reciclável, pois inúmeras famílias se sustentam realizando este tipo de coleta e acabam trazendo para os seus lares o resultado da coleta, tornando o ambiente propício para o desenvolvimento e proliferação de outras espécies, principalmente roedores. A preocupação com tais fatos se expressa no seguinte discurso:

"O sistema de terrenos baldios, problemas das pessoas que coletam o lixo reciclável, trazendo para sua própria casa assim, trazendo ratos, e... automaticamente, trazendo ratos não só pra elas mas para todos os vizinhos que moram do lado e tal(...) Falta de árvores também, principalmente nas três quadras ali embaixo (...) trabalham com material tóxico de fazer churrasqueira (...) e o ar fica totalmente poluído, dependendo do horário que você passa ali, ficando com dor de cabeça, tontura..." (VEF4).

A presença desses animais torna a população suscetível a uma série de doenças. Sobre este aspecto Carvalho (2004, p.36) elucida que "No ponto de vista sócioambiental, a natureza e os humanos, bem como a sociedade e o ambiente, estabelecem uma relação de mútua interação e co-pertença, formando um único mundo".

A falta da relação mútua entre o homem e a natureza gera conflitos socioambientais que se estabelecem em razão do rompimento de valores entre sociedade e meio ambiente, caracterizados pela falta de justiça distributiva. Entrecruza-se, portanto, informações quanto à depredação de áreas verdes na região pesquisada e o próprio acúmulo de lixo decorrente dos padrões de produção e consumo impostos pelo sistema econômico imperante, os quais, por sua vez contribuem decisivamente para a manutenção das desigualdades sociais, visivelmente presente neste estudo. Ainda neste sentido, as palavras de Rawls (1981 apud Reigota 2004, p.36) conferem aporte teórico à situação empírica

retratada, apresentando, pois,

[...] um Estado mais amplo se justifica moralmente, principalmente se ele garante a distribuição de bens e da justiça, especialmente aos mais pobres. Para ele, a noção e a prática da justiça são os elementos básicos das instituições e da sociedade, sendo um valor ético fundamental. Ele considera, também, que uma sociedade é justa quando os seus princípios de justiça não ferem os direitos fundamentais dos indivíduos.

Tais palavras permitem a reflexão acerca da justiça distributiva a fim de firmar valor de responsabilidade ética ao Estado. Frente aos problemas apontados, revela-se nítida interação entre determinantes sociais de adoecimento e o impacto sanitário-ambiental instalado. Diante disso, Castellanos (2005, p.1017-1030) apregoa que

[...] o perfil de condições de vida apresenta cinco representações da reprodução social (biológica, ecológica, econômica, da consciência e do comportamento), que cada grupo reflete em determinado perfil de necessidades ligadas a uma de suas reproduções sociais.

As condições de vida abrangidas pela Unidade de Saúde Vila Esperança favorecem ações educativas, já que há inquietação por parte dos profissionais de saúde sobre uma série de causas, tais como: biológicas e comportamentais, entre outras, assim como, os motivos do desconforto sanitário-ambiental já instalado em decorrência dos agravamentos sociais, os quais, independentemente de sua categoria profissional ou até mesmo grau de escolaridade, vivenciam emergências ambientais visíveis e comuns a serem solucionadas, seja localmente ou até mesmo intersetorialmente.

Com respeito à **discussão pela equipe dos problemas ambientais levantados**, verifica-se que dos trinta entrevistados, vinte e sete mencionaram haver discussão dessa natureza, seja diária, semanal ou mensalmente. E apenas três entrevistados relataram não discutir esses aspectos. Neste sentido, se torna oportuno pontuar as seguintes falas que confirmam haver discussões a respeito

dos problemas sanitário-ambientais:

"Discutimos bastante na nossa equipe. Normalmente (...)a gente discute na reunião de equipe,(...) na Unidade de Saúde. Com todas as equipes. É discutido o problema do rio, todos esses problemas, do rato, do entulho, da enchente. O que a gente tem feito é orientação em sala de espera. (...) A última foi realizada antes da campanha de vacina (Pólio) e na campanha de vacina também a gente distribuiu sobre dengue, hepatite, né as doenças que podem ocorrer da falta de higiene, do lixo, do entulho, da água parada. Então a gente tem discutido. E quando a gente nota nessas casas bastante lixo,(...) o agente comunitário visita, depois nós vamos..." (VEF8)

"[...] Nas reuniões que nós fazemos nas quartas-feiras, tomamos a decisão de fazer o mutirão sempre, sempre que há possibilidade eles vêm e é orientada a população por causa dos ratos ...". (VEF10).

Percebe-se que as equipes que percorrem a área de abrangência da Unidade de Saúde Vila Esperança procuram compartilhar em reuniões formais os problemas já elencados anteriormente, focando algumas questões ambientais, como por exemplo, o Rio Atuba e a presença de entulhos e roedores na região. Também há necessidade de ressaltar que essas reuniões procuram tentar enfrentar as dificuldades por meio de estratégias envolvendo outros setores da sociedade organizada.

Diante da pergunta, ***para você, o que é meio ambiente?*** Percebe-se que o discurso de um conceito de meio ambiente extremamente diversificado marca a fala dos entrevistados, que associam estilo de vida saudável às representações ambientais de caráter biológico e comportamental. Neste sentido, podem-se destacar os seguintes discursos:

"Meio ambiente pra mim é todo um conjunto de condições favoráveis para os seres humanos, boas condições." (VEF5).

"É o ambiente onde você tem uma vida saudável, onde não tenha lixo, um bom ar que não seja poluído." (VEF1).

"É a natureza, não é? Por sinal também está meio abandonado o pessoal não liga muito, destrói as coisas..." (VEF2).

Sobre essa visão biologizada do conceito de meio ambiente, presente na fala de um dos entrevistados, Carvalho (2004, p.35) defende que:

Essa visão 'naturalizada' tende a ver a natureza como o mundo da ordem biológica, essencialmente boa, pacificada, equilibrada, estável em suas interações ecossistêmicas, o qual segue vivendo como autônomo e independente da interação com o mundo cultural humano.

Contudo, associam qualidade de vida à qualidade do ar, da água, enfim aos elementos naturais, excetuando o contexto social, e, portanto, desarticulando o micro, desconsiderando, portanto, a macro contextualização da realidade sanitário-ambiental, que se traduz a uma visão que extrapola o visual apenas.

"Seria aonde a gente vive. meio ambiente seria aonde a gente vive, é todo um conjunto, esse meio ambiente inclui pessoas, animais, plantas..." (VEF3).

"Ele pra mim é tudo, tá ligado. Desde o ar que a gente respira, até a própria comunidade que a gente se relaciona, o meio ambiente particularmente é a vida da pessoa, não só em questões, assim de área rural e tal mas área urbana. O meio ambiente para as pessoas, ele tem um significado muito importante, pois sem o ar que respiramos não há vida." (VEF4)

Além disso, Reigota (2004, p.12-14) apresenta definições diversificadas de meio ambiente, abrangendo desde uma visão estritamente ecológica a psicológica e social: "[...] o lugar determinado ou percebido, onde os elementos naturais e sociais estão em relações dinâmicas e em interação. Essas relações implicam processos de criação cultural e tecnológica e processos históricos e sociais de transformação do meio natural e construído" (Idem, 2004, p.14).

O meio ambiente relaciona-se diretamente à boa qualidade dos elementos naturais, essenciais à manutenção e à preservação das espécies, em geral. Além disso, busca-se enfatizar nas falas dos integrantes das equipes, a necessidade da obtenção das condições favoráveis que propiciam o bem-estar humano:

"O meio em que a gente vive, a natureza, o local que vive".(VEF10).

"Eu acho que meio ambiente é tudo do local onde a gente vive, desde a casa, o habitat, o ar que a gente respira, as plantas, acho que é tudo".(VEF9).

O cuidado com o meio ambiente está comprometido por um comportamento, no qual a falta de conhecimento influencia a formação de valores a respeito de

cuidar do meio ambiente, do entorno, tornar o mesmo saudável, isento de poluição. A fala abaixo explicita “sentimento de culpa” sobre o cuidar do meio ambiente:

"Meio ambiente é toda a nossa terra..., aonde nós vivemos, é o cuidar, o preservar... é tudo aquilo que não fazemos".(VEF6).

O meio ambiente tem enorme significado para os entrevistados, pois é, segundo seus depoimentos, o lugar onde as pessoas se relacionam, vivem. Tais interações, obtidas a partir de condições determinadas de vida, comportamento humano, certamente ocasionam danos irreparáveis à saúde humana.

Tais considerações contrapõem-se aos registros anteriores, nos quais os entrevistados se preocupam em pontuar o contexto socioambiental, emergindo a partir de suas falas, problemas, tais como: desigualdades sociais e falta de saneamento básico.

A partir dos dados, percebe-se que os integrantes das equipes de saúde da família conseguem detectar os agentes causais da degradação sanitário-ambiental, pois a pergunta desencadeia reflexão nos entrevistados que deixam entreverem suas falas, aspectos relevantes ao binômio *saúde e meio ambiente*.

Quanto à questão sobre se ***há ou não relação entre meio ambiente e saúde humana***, todos os entrevistados afirmaram existir esta relação. Com isso, destacam-se os seguintes discursos:

"A partir do momento que a pessoa tem um meio ambiente confortável, bom, ótimo, com lazer, a saúde humana está muito melhor, muito mais sadia. Porque como você pode ter saúde, se você não tem o ar bom para respirar." (VEF4).

"Porque se você vive no meio do lixo, da sujeira, vai ocasionar um problema de saúde com certeza, ou todos os tipos de doenças, (...)muita sujeira, lixo, rato, leptospirose, e assim outros porquês." (VEF10).

"Porque por exemplo o problema do lixo que traz junto com o lixo, traz os animais peçonhentos, os ratos que trazem doenças, o rato por exemplo tem a leptospirose (...) Aranhas marrons tem bastante." (VEF9) .

A relação entre meio ambiente e saúde humana, existe em razão da presença de poluição que acarreta danos à saúde e comprometendo o bem-estar, representada na fala de um dos sujeitos pesquisados:

"[...]Quanto mais poluído, quanto mais sujo, mais danos está causando para a sua saúde, você está se prejudicando, não só nas doenças, como o próprio desconforto. Aqui ainda tem árvore, mas se você pegar a estrada da Ribeira, tem um loteamento muito bonito, mas não tem uma árvore, é uma coisa bem árida, toda vez que chove, o barro vai pra asfalto, não tem grama, o pouco que tinha foi retirado de lá..." (VEF6).

Além disso, percebe-se que o trabalho em saúde funciona sob a lógica de ações intersetoriais e orientações para a comunidade. Assim sendo, ilustra-se com o seguinte discurso:

"[...]se não tivesse relação, a gente não trabalhava tanto com desratização, orientações, por exemplo se você não fizer uma higiene no terreno pode estar proliferando rato, dengue. então eu acho que tem ligação direta." (VEF7).

São reincidentes as listas compostas pelos entrevistados das patologias decorrentes da poluição hídrica local, como diarreias, hepatites, verminoses, etc, como se pode observar:

"[...]Muitas das doenças que aparecem como diarreias, hepatites, verminoses, infecção respiratória da poluição, contaminação dos alimentos, né da água, contaminação dos rios.... " (VEF8).

Essa realidade apontada informalmente pelos entrevistados, tem relação com o sentido da Carta de Ottawa²¹ (1986), que, estabelece pré-requisitos indispensáveis à promoção de saúde, tais como: paz, habitação, educação, alimentação, renda, ecossistema saudável, recursos sustentáveis e justiça social e equidade.

Dentre os depoimentos coletados, uma das declarações merece destaque, pois é possível perceber analogia entre saúde e meio ambiente:

²¹ Primeira Conferência Internacional sobre Promoção de Saúde, realizada em Ottawa no Canadá em 1986.

Toda a relação, total, imagine se não. Porque uma coisa puxa a outra, nós temos que viver em harmonia com o meio ambiente para nós termos saúde. Uma coisa, se o meio ambiente não está bem, a nossa saúde vai ser prejudicada, vai aumentar as doenças. Pode ver que quando você está perto da Serra do Mar onde o ar é mais puro e fresco, então você vê que o oxigênio sai puro, e quando você não tem muitas árvores onde não tem muito verde, aquele ar é denso, quente, horrível.... " (VEF11).

Nessa perspectiva, percebe-se que quem conhece tem poder de mudança, quem nunca viu um ambiente saudável, não tem parâmetros, faltam dados para comparação. Trata-se de uma fala representativa para mostrar que mediadores da educação ambiental fazem jus aos compromissos de todas as instâncias da sociedade.

Ao se perguntar se ***você desenvolve atividades educativas e quais temas são tratados nestas atividades junto a comunidade de atuação?*** Obtiveram-se vinte e oito respostas afirmativas e duas negativas.

Quanto às atividades educativas e temas ministrados, observa-se que há compartilhamento das informações técnicas voltadas aos problemas levantados como: acúmulo de lixo, esgoto a céu-aberto, água parada, depredação ambiental, etc, verificadas nos discursos a seguir:

"Cães, e também tivemos o racionamento (...), usar a água de modo mais racional, reaproveitando. Tipo assim, muitas vezes a gente vai lavar um pé de alface, eu fiz um teste lá em casa e é impressionante o quanto a gente gasta de água para lavar um pé de alface e aquilo vai ralo abaixo. e vai pro... e você pode reaproveitar aquela água para molhar uma planta uma série de coisas que a gente só vai aprender quando realmente surge a dificuldade. Então usar de modo racional a água disponível, a água potável, de próprio consumo. Eu vejo além da questão do lixo, além da questão dos cães, eu vejo uma questão muito séria, que é o saneamento básico. " (VEF6)

"Temas: Cuidados. Cuidado com o lixo, cuidado com o esgoto. Porque ainda tem muitas casas você chega, e o esgoto do banheiro está saindo ali no terreno mesmo, as crianças estão por ali brincando, se expondo àquela contaminação. Essa parte que acaba sendo o que mais chama atenção aqui e mesmo assim é difícil de trabalhar. Terra é nosso bem maior, que as gerações futuras estarão sendo prejudicadas(...) e quem dirá conseguir abrir lá adiante." (VEF7).

"A gente trabalha basicamente com atividade educativa, a maioria do sistema de PSF, trabalha com a família e com orientações, que é o trabalho da saúde pública, saúde pública na verdade é isso que desenvolve. Geralmente é limpeza do terreno, água parada por causa da dengue, orientações para crianças, orientações de higiene. "(VEF7)

Essas atividades são realizadas quando há acolhimento, receptividade da comunidade, e são feitas através de palestras para os grupos específicos, assim como, das visitas domiciliares mantidas pela Unidade de Saúde Vila Esperança.

[...] principalmente quando tem um número maior de pessoas da comunidade, eu procuro, a gente sempre faz uma palestra, discute sobre algum assunto. São assuntos variados, geralmente no grupo de hipertensos e diabéticos, a gente fala mais sobre questões relativos ao problema do diabético e do hipertenso, mas eu procuro sempre dar uma ênfase com relação a cães nas ruas.. "Desenvolve dentro do que eu trabalho no posto aqui, na medida que a gente vê do que a comunidade aceita. Parte da comunidade é fácil de trabalhar, eles até têm uma certa noção, procuram escutar. Agora, Tem uma parte que tem uma dificuldade maior em aceitar, pra eles é normal você jogar lixo no rio, você jogar lixo no terreno do vizinho, jogar lixo na rua. Então quando você começa a mexer nisso, eles se sentem desconfortáveis e acabam não aceitando que você mexa nesta parte cultural deles." (VEF6)

"Tanto individual como em grupos de hipertensos, diabéticos, adolescentes(...) A gente fala do uso correto da água, dos dejetos, falamos de entulhos.(...)aproveitamos os grupos que já estão reunidos, na sala de espera, e as visitas. Ah! na minha casa está cheio de ratos, baratas, então a gente explica que não pode ter sobras de comida em cima da mesa, tem que ter sempre a higiene da casa, nem que fosse de chão batido, varra todo dia, limpe todo dia. E com relação a racionalização de água, consumo de energia...? Eles aproveitam muito. Eles se aproveitam muito, ah! não posso tomar banho, a não posso isso, não posso aquilo, usam isso como escape."(VEF1).

"Nas visitas quando a gente faz, né. Nas casas das pessoas, instrui, a medida do que a gente sabe, a gente orienta, sobre vários assuntos. Sobre higiene, sobre saúde, seriam mais esses assuntos abordados." (VEF2).

hoje mesmo nós vamos ao parque. Com certeza acho que a gente vai falar um pouco sobre o meio ambiente. Hoje eu quero trabalhar, assim, que eu acho, a questão da depredação, nosso parque é novo e não tem lâmpada mais, as lixeiras foram queimadas, a questão da conservação do espaço que é público e é benéfico para a saúde. " (VEF9).

Com relação à **freqüência e local de realização das atividades educativas**, os vinte e oito entrevistados destacaram que a freqüência das atividades educativas junto à comunidade da Vila Esperança obedece a um calendário diário, semanal,

mensal, anual e sazonalmente. Este último está vinculado às estações do ano, marcadas por impactos sanitário-ambientais, por exemplo, alguns depoimentos apontam necessidade de intervenções especiais voltadas às intempéries climáticas, enfatizando preocupação em sanar a dengue:

"Sempre que a gente acha necessário. No verão a gente discute a questão da dengue, das águas paradas, sempre que a gente vê alguma fábrica que produz poluição. Na sala de espera, nos grupos no espaço saúde, escolas, creche, agente jovem, individual nas residências." (VEF8)

"[...] atividades do mutirão, da limpeza, pelo menos duas vezes ao ano. Esse ano já foram realizadas (...) A gente prioriza as margens do rio, e o ultimo mutirão foi priorizado as famílias que a gente conhece que tem uma concentração grande de lixo (...) No primeiro mutirão aconteceu uma coisa muito engraçada, a gente pediu para que as famílias pusessem o lixo pra fora, e outras pessoas vieram buscar esse lixo antes do caminhão da Prefeitura." (VEF9).

O local varia, tanto o espaço da Unidade de Saúde Vila Esperança quanto das visitas domiciliares, que mostram as alternativas de intervenção adotadas pela equipe multiprofissional, expressas nas falas dos entrevistados:

"Mensalmente. No espaço saúde da própria unidade. Quando eu vou em área eu também quando eu verifico alguma coisa, existe toda aquela abordagem que deve ser feita (7VEF5).

"Toda semana a gente vai em área visitar, e conforme o local que você vá você acaba fazendo. só que tem muitas coisas que a gente vai orientar, atendimento (...), crise hipertensiva, problema de relacionamento na família. Então você acaba outros objetivos e nesse caso de meio ambiente acaba nem prestando atenção." (VEF6).

"Diária. Nas próprias casas.." (VEF1).

Quanto à ***solução dos problemas ambientais encontrados*** e a ***intersectorialidade de ações em saúde ambiental***, na área de atuação das Equipes de Saúde da Família, da Unidade de Saúde Vila Esperança, pode-se destacar:

A diversidade de conceitos, bem como, valores dados à temática saúde ambiental na Vila Esperança, identificados a partir dos discursos proferidos pelos profissionais de saúde, evidencia que as soluções apresentadas também variam. Ações educativas merecem destaque nas falas de alguns entrevistados, já que estão ao alcance dos profissionais:

"Sempre da melhor maneira possível, né, que... sei lá, o que estiver ao meu alcance. No caso seria mais informação mesmo, troca de idéias, sei lá, seria isso." (VEF3).

"Conversando com a pessoa, ensinando, explicando, o porque do lixo, da limpeza da casa, do próprio corpo." (VEF10)

Com isso, Reigota (2004, p.20) afirma que: "A compreensão das diferentes representações deve ser a base da busca de negociação e solução dos problemas ambientais".

Os entrevistados mencionaram estratégias intersetoriais presentes na comunidade da Vila Esperança, como a desratização, o mutirão de limpeza, a integração com outras instâncias públicas, como a Secretaria Municipal do Esporte e Lazer (SMEL), a Secretaria Municipal do Meio Ambiente, entre outras, visando o papel da Educação, a *Rua da Saúde* e reuniões de equipe aludindo ao Modelo Curitiba de Colaboração (MCC), o qual proporciona integração entre os diversos atores sociais envolvidos. Os seguintes discursos apontam a intersetorialidade entre instâncias públicas, como se observa a seguir:

"Orientando tanto individual quanto coletivo, notificando a vigilância sanitária, mutirão de limpeza, a questão da drenagem fluvial que dava enchentes junto a Prefeitura, reuniões da associação de moradores com a Regional Boa Vista. A gente tem integração com todas as Secretarias, a do Meio Ambiente, Social, então às vezes que a gente fez mutirão aqui, veio o Exército, associação de moradores, a FAS e a administração Regional." (VEF8).

"[...] faz uma rua da saúde e convida a prefeitura inteira. Tem a pastoral da criança que ajuda na comunidade". (VEF12).

"Nas reuniões de equipe, né e tem reuniões específicas da equipe, alguns membros com membros da comunidade, num programa chamado Modelo Curitiba de Colaboração, o MCC. Então que a gente discute com a liderança da comunidade, junto com as secretarias da Prefeitura. Essa reunião acontece geralmente a cada quinze dias na Unidade. Vem representante da SMEL, Administração Regional, da Fundação Cultural, Meio Ambiente e o pessoal da Regional que é responsável por todo o distrito (...)" (VEF9).

A influência do tempo de atuação das Equipes de Saúde da Família, no contexto pesquisado permitiu com que houvesse criação de vínculos com a comunidade e conhecimento da área, identificando, assim, problemas ambientais convergentes com a realidade analisada, como registrado na seguinte fala que demonstra inquietação diante dos conflitos sanitário-ambientais e sociais estabelecidos:

O que a gente observa é uma cidade que tem um anti-pó melhorado, mas não tem o destino exato de onde ele deve ir do esgoto, o esgoto está indo para a água da chuva e a água da chuva está indo para os rios e isso é um círculo vicioso. "(VEF5) .

Há preocupação em discutir os problemas pesquisados, isso advém da variedade de significados conferidos ao meio ambiente. Assim sendo, a *Educação* constitui o caminho para formação de valores, pois a relação entre saúde humana e meio ambiente é significativa, emergindo daí, inquietações e soluções, muitas vezes, efêmeras, como é o caso do mutirão de limpeza do Rio Atuba que ocorre duas vezes por ano.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os resultados obtidos na pesquisa de campo confirmam as hipóteses levantadas no início deste estudo, de que as Equipes de Saúde da Família desenvolvem ações educativas visando elevar a qualidade de vida das famílias e de que essas atividades têm contribuído para elevar o nível de saúde da sua população. Essas atividades são entendidas, como limpeza, cuidados sanitários, higiene, entre outras práticas, cujos resultados apontam que a prática educativa é o caminho para a promoção da saúde ambiental, apesar de estar ameaçada por determinantes sociais de alto impacto local.

Os objetivos propostos foram atingidos, uma vez, que o referencial teórico utilizado, bem como a metodologia e dados obtidos com a pesquisa de campo, contemplaram a proposição do presente estudo e atestaram a veracidade dos pressupostos desta pesquisa.

A partir das informações auferidas, percebe-se que os profissionais envolvidos com a estratégia Saúde da Família encontram obstáculos diversos, diante da resolução de problemas sanitário-ambientais identificados. Aponta também, a necessidade de articulação entre os vários setores públicos que viabilizam o sucesso da integralidade das ações ligadas à saúde ambiental.

No entanto, a educação em saúde ambiental obedece a transmissão de saberes, denotando caráter meramente instrucional associado a uma percepção ampliada da realidade vivenciada pelos profissionais entrevistados. Ao lado dessa percepção instrucional vê-se carência de atitudes plenamente educativas que exigem a construção e manutenção de atitudes em respeito à noção de cidadania responsável, seja individual ou coletivamente.

Este trabalho oportunizou aos profissionais envolvidos na estratégia Saúde da

Família da Unidade Vila Esperança reflexões acerca dos limites de suas ações profissionais. No entanto, evidenciou interesse por parte dos envolvidos em compreender, aprender e valer-se das estratégias educativas que extrapolem o fazer instrucional ora, desenvolvido na Unidade de Saúde Vila Esperança, como se observou durante o período pesquisado.

Em razão dos resultados obtidos no presente estudo, na condição de pesquisadora das áreas da Educação e da Saúde, constatei que há necessidade de uma revisão da gestão dos recursos humanos em saúde, especialmente no quesito equipe multiprofissional em Saúde da Família. Há uma lacuna para a inclusão do profissional licenciado em Biologia, o que, se atendido, resgata as funções de biólogo e ao mesmo tempo de educador, essenciais para a construção de um saber ambiental de impacto na realidade pesquisada.

Justificável é, portanto, a inclusão desse profissional, pois habilitado com um saber teórico-metodológico específico saberá conduzir os problemas sanitário-ambientais, que necessitam de intervenções educativas por parte dos profissionais de saúde.

A saúde e o meio ambiente merecem destaque pelas autoridades, sejam elas, locais, municipais, estaduais e federais. Ações intersetoriais precisam emergir das bases locais e apontar estratégias públicas eficientes, focadas na promoção da saúde e, viabilizando com isso, melhores condições de vida, saúde e meio ambiente a todos. Esses estratos sociais sejam eles político, financeiro, intelectual, etc, merecem atenção das autoridades. Dentre as ações intersetoriais, devem ser priorizadas as de caráter contínuo e esporádica, tornando-se imprescindível a manutenção dessas caracterizadas pelos de caráter contínuo.

Os investimentos nas políticas de Educação priorizam essa questão da continuidade. Neste contexto, a temática voltada para o meio ambiente,

principalmente relacionada à saúde, requer uma construção coletiva, mobilização, participação, exercício pleno e reforço da cidadania responsável, a fim de transformar a realidade ausente de valores éticos.

Para isso, se faz necessário reorganizar currículos dos cursos de Licenciatura de Biologia, permitindo com que este profissional seja preparado para enfrentar este mercado de trabalho na área da saúde. Conseqüentemente, a Educação, a Saúde e o Trabalho estarão sendo contemplados: o licenciado em Biologia como ator social, das políticas de Saúde e Educação nas três esferas de governo, e a abertura de mercado de trabalho, para este profissional, incluindo-o como membro da equipe multiprofissional de saúde. Ressalta-se ainda, que haverá valorização da Educação, independente do enfoque ambiental ou não, uma vez que atividade educativa é pertinente a todos os setores públicos.

Pode-se também evocar uma possibilidade da interlocução entre profissionais de diversas áreas, a fim de priorizar ações de enfrentamento coletivo em saúde ambiental.

Espera-se que reformulações curriculares futuras empreendam maior análise com relação a uma capacitação educativa dos envolvidos, isto é, profissionais que compõem as equipes de saúde da família, voltada à questão da saúde ambiental.

A maior necessidade, sem dúvida, está nos investimentos em estrutura básica ao cidadão, o que lhe confere o direito a uma vida digna que nela inclui necessariamente o saneamento básico. Ações educativas caracterizadas por implementações ativas permitiriam maior autonomia aos cidadãos, sujeitos capazes de construir e reconstruir a realidade vivenciada.

REFERÊNCIAS

- BASSOI, L. J. Poluição das águas. *In*: PHILIPPI JR, A.; PELICIONI, M.C.F. **Educação ambiental e sustentabilidade**. Barueri: Manole, 2005. p. 175-193.
- BERTOLOZZI, M. R.; GRECO, R. M. As políticas de saúde no Brasil: reconstrução histórica e perspectivas atuais. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, São Paulo, v.30, n.03, p.380-398. 1996.
- BRASIL, M.S. **Saúde da Família**: uma estratégia para a reorientação do modelo assistencial. Brasília: Ministério da Saúde, 1997.
- _____. **Avaliação para a melhoria da qualidade da estratégia saúde da família**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- _____. **Manual de estrutura física das unidades básicas de saúde: saúde da família**. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (a)
- _____. **Saúde da Família no Brasil**: uma análise de indicadores selecionados: 1998-2004. Departamento de Atenção Básica. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. (b)
- CARVALHO, I. C. M. **Educação ambiental**: a formação do sujeito ecológico. São Paulo: Cortez, 2004.
- COHEN, S.C.; CYNAMON, S. E.; KLIGERMAN, D.C.; ASSUMPÇÃO, R.F. Habitação saudável no Programa Saúde da Família (PSF): uma estratégia para as políticas públicas de saúde e ambiente. **Ciência &Saúde Coletiva**, 9 (3): 807-813,2004.
- CYNAMON, S. E.; VALADARES, J. C.; COHEN, S. C. et al. Saneamento e saúde ambiental no Brasil. *In*: LEAL, M. C.; SABROZA, P. C.; RODRIGUEZ, R. H.; BUSS, P. M. **Saúde, ambiente e desenvolvimento**. Rio de Janeiro: HUCITEC-ABRASCO, 1992. p.153-170. V.2.
- FREITAS, C.M.; PORTO, M.F. **Saúde, ambiente e sustentabilidade**. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2006.
- GOUVEIA, N. Saúde e meio ambiente nas cidades: os desafios da saúde ambiental. **Saúde e Sociedade**, São Paulo, v.1, n.1, p.49-62, jan./fev.,1999.
- GUTIERREZ, P.R.; OBERDIEK, H. Concepções sobre a saúde e a doença. *In*: CORDONI JUNIOR, L.; ANDRADE, S.M.; SOARES, D.A. **Bases da Saúde Coletiva**. Londrina: UEL, 2001, p.01-25.
- HEIMANN, L. S.; MENDONÇA, M. H. A trajetória da atenção básica em saúde e do programa de saúde da família no SUS: uma busca de identidade. *In*: TRINDADE LIMA, N.;GERCSHMAN, S.; ELDER, F.C. **Saúde e democracia**: história e perspectiva do SUS. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2005. p.481-502.
- HERMANN, N. **Pluralidade e ética em educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.

IPPUC. **Instituto de Pesquisa e Planejamento Urbano de Curitiba**.Disponível em: http://ippucnet.ippuc.org.br/Bancodedados/Curitibaemdados/Curitiba_em_dados_Pesquisa.asp > Acesso em 05 dez.2006.

JORGE, M. L. Subsídios para uma análise histórica do setor saúde no Brasil. **Cadernos de Estudos UNIMEP**, dez.1981.

JUNQUEIRA, L. A . P. A gestão intersetorial das políticas sociais e o terceiro setor. **Saúde e Sociedade**, Local, v.13, n.1, p.25-36, jan-abr. 2004.

L'ABBATE, S. Educação em Saúde: uma nova abordagem. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 10(4): 481-490, out/dez, 1994.

LEFÉVRE, F et al. **Discurso do sujeito coletivo**: um novo enfoque em pesquisa qualitativa (desdobramentos). Caxias do Sul, RS: EducS, 2005.

LEFF, E. **Saber ambiental**: sustentabilidade, racionalidade, complexidade, poder. Petrópolis: Vozes, 2001.

LEFF, E. Educação ambiental e desenvolvimento sustentável. *In*: REIGOTA, M. **Verde cotidiano**: o meio ambiente em discussão. 2.ed. Rio de Janeiro: DP&A, 2001.p.111-129.

LOPES, C.R.;DOMINGUEZ, B.C.; GASPAR, J. Comissão Nacional dos Determinantes Sociais da Saúde: Movimento contra as iniquidades. **RADIS**, Rio de Janeiro: Fiocruz, maio, 2006. p.11-21.

MEARLEAU-PONTY, M. **A natureza**. 2.ed. São Paulo: Martins Fontes, 2006.

MINAYO, M.C. de S.; MIRANDA, A. de C. **Saúde e ambiente sustentável**: estreitando nós. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2002.

MOHR, A.; SCHALL, V.T. Rumos da educação em saúde no Brasil e sua relação com a educação ambiental. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 8(2): 199-203, abr/jun, 1992.

MUCCI, J. L.N. Introdução às ciências ambientais.*In*:PHILIPPI JR, A.; PELICIONI, M.C.F. **Educação ambiental e sustentabilidade**. Barueri: Manole, 2005.p.15-37.

NIELSEN NETO, H. **Filosofia da educação**. São Paulo: Melhoramentos. 1988.

NIMNIGHT, M.A. Colômbia: educação básica para todos. *In*: POSTER, C; ZIMMER, J. **Educação comunitária no terceiro mundo**. Campinas: Papirus, 1995.

OPAS. **Atenção primária ambiental**. Divisão de Saúde e Ambiente Programa Qualidade Ambiental.Washington: OPAS, 1999.

PELICIONI, M.C.F. Bases políticas, conceituais, filosóficas e ideológicas da educação ambiental. *In*: PHILIPPI JR, A.; PELICIONI, M.C.F. **Educação ambiental e sustentabilidade**. Barueri: Manole, 2005.p.03-12.

PEREGRINO, M. Uma questão de saúde: saber escolar e saber popular nas entranhas da escola. *In*:VALLA, V. V. **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.p.61-85.

PHILIPPI JR, A.; MALHEIROS, T. F. Saúde ambiental e desenvolvimento. *In*:PHILIPPI JR, A.; PELICIONI, M.C.F. **Educação ambiental e sustentabilidade**. Barueri: Manole, 2005.p.59-83.

REIGOTA, M. **Meio ambiente e representação social**. 6.ed. São Paulo: Cortez, 2004.

REZENDE,A.L.M. **Saúde**: dialética do pensar e do fazer. São Paulo: Cortez,1989.

SAVIANI, D. **Pedagogia Histórico-Crítica**: primeiras aproximações. Campinas: Autores Associados, 1996.

SCLIAR, M. **Do mágico ao social**: a trajetória da saúde pública. Porto Alegre: L&PM, 1987.

SIQUEIRA, J. E. et al. **Bioética**: estudos e reflexões. Londrina: UEL, 2000. v. 1.

STARFIELD, B. **Atenção primária**: equilíbrio entre necessidades de saúde, serviços e tecnologia. Brasília: UNESCO, Ministério da Saúde, 2002.

STROZZI, J. B. **SUS pense**: uma reflexão epidemiológica sobre o SUS e outras aplicações acadêmicas. Londrina: CEBES, 1997.

TELAROLLI JUNIOR, R. **Poder e saúde**: as epidemias e a formação dos serviços de saúde em São Paulo. São Paulo: Ed. Universidade Estadual Paulista, 1996.

VILLARDI, J. W. ; CARNEIRO, F.F. ; FRANCO, G. et al. A construção de uma análise da situação de saúde ambiental para a vigilância em saúde ambiental no Brasil. **Cadernos Saúde Coletiva**. Rio de Janeiro, 13(4).2005, p.991-998.

BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

AMÂNCIO FILHO,A.; MOREIRA,M.C. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ,1997.

BARCELLOS, C.; QUITÉRIO, L.A.D. Vigilância ambiental em saúde e sua implantação no Sistema Único de Saúde. **Rev.Saúde Pública**, São Paulo, v.1, n.40, p.170-177. 2006.

BUCK, S.; MARIN, A. A. Educação para pensar questões socioambientais e qualidade de vida. **Educar em Revista**, Curitiba, n.25, p.197-212, 2005.

CAVALCANTI, C. **Desenvolvimento e natureza**: estudos para um sociedade sustentável. 2.ed. São Paulo:Cortez, 1998.

CRYNSPAN, D. Educação em saúde e educação ambiental: uma experiência integradora. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.15 (Sup.2), p.133-138, 1999.

DEMO, P. **Política social, educação e cidadania**. 2.ed. Campinas: Papirus, 1996.

FERREIRA, L. C. **A questão ambiental**: sustentabilidade e políticas públicas no Brasil. São Paulo: Bomtempo, 1998.

FORATTINI, O. P. **Ecologia, epidemiologia e sociedade**. São Paulo: Artes Médicas, 1992.

FREITAS, C.M. A vigilância da saúde para a promoção da saúde. *In*: CZESNIA, D.;

FONSCECA, L. C. S. Ensino de ciências e saber popular. *In*: VALLA, V. V. **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000. p.87-104.

FREITAS, C.M. **Promoção da saúde**: conceitos, reflexões, tendências. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 2003. p.141-174.

JAPIASSÚ, H. **Interdisciplinaridade e patologia do saber**. Rio de Janeiro: Imago, 1976.

LEFF, E. **Epistemologia ambiental**. 2.ed. São Paulo: Cortez, 2002.

LOUREIRO, C. F. B. **Trajetória e fundamentos da educação ambiental**. São Paulo: Cortez, 2004.

MINAYO, M.C. Saúde: concepções e políticas públicas. *In*: AMÂNCIOFILHO, A. MOREIRA, M.C. **Saúde, trabalho e formação profissional**. Rio de Janeiro: FIOCRUZ, 1997. p.31-40.

MORIN, E. **Ciência com consciência**. 4.ed. Rio de Janeiro: Bertrand Brasil, 2000.

REIGADA, C.; REIS, M. F. C. T. Educação ambiental para crianças no ambiente urbano: uma proposta de pesquisa-ação. **Ciência & Educação**, v.10, n.2, p.149-159, 2004.

SANTOS, M.; SILVEIRA, M.L. **O Brasil**: território e sociedade no início do século XXI. Rio de Janeiro: Record, 2001.

TAUK, S. M.; GOBBI, N.; FOWLER, H.G. **Análise ambiental**: uma visão multidisciplinar. 2.ed. São Paulo: Editora da Universidade Estadual Paulista, 1995.

TRIVIÑOS, A.N.S.A. **Introdução à pesquisa em ciências sociais**: a pesquisa qualitativa em educação. São Paulo: Atlas, 1987.

VALLA, V. V. **Saúde e educação**. Rio de Janeiro: DP&A, 2000.

ANEXOS

ANEXO A - TERMO DE APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ
SETOR DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

Curitiba, 03 de agosto de 2006.

Ilmo (a) Srs. (a)
Cristhiane Aparecida Mariot
Nesta

Prezado(a) Senhor(a):

Comunicamos que o Projeto de Pesquisa intitulado "**PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: O DISCURSO EDUCATIVO DAS EQUIPES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE AMBIENTAL**", está de acordo com as normas éticas estabelecidas pela Resolução nº 196/96 do Ministério da Saúde. Foi apresentado, analisado e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde da UFPR, em reunião do dia 31 julho de 2006.

Registro **CEP/SD**: 268 SI 045-06-07 .FR:100611 CAE 1027.0.091.000-0

Diante do exposto, O Comitê de Ética em Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde, de acordo com suas atribuições definidas na Resolução 196/96 CNS, manifesta-se em solicitar ao pesquisador que: informe a este CEP, os evento adverso, inclusão, exclusão, cancelamento, interrupção, qualquer alteração, bem como, o relatório de condução da pesquisa.

Atenciosamente

Prof. Dr. Miguel Ibraim A. Hanna Sobrinho
Coordenador do Comitê de Ética em
Pesquisa do Setor de Ciências da Saúde

Endereço: Rua Padre Camargo, 280 – Alto da Glória – Curitiba-Pr. – C EP: 80060-240
Fone/fax: 41-360-7259 – e-mail: cometica@saude.ufpr.br

ANEXO B - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

a) Você está sendo convidado a participar de um estudo intitulado **PROGRAMA SAÚDE DA FAMÍLIA: O DISCURSO EDUCATIVO DAS EQUIPES NA PROMOÇÃO DA SAÚDE AMBIENTAL**. É através das pesquisas científicas que ocorrem os avanços na área da Educação e sua participação é de fundamental importância.

b) Os objetivos desta pesquisa são:

- Conhecer as ações de educação em saúde ambiental desenvolvidas pelas Equipes de Saúde da Família da Unidade de Saúde Vila Esperança, do bairro Atuba.

- Identificar os problemas sanitário-ambientais pertinentes à realidade da comunidade em estudo.

c) Caso você participe da pesquisa, será necessário responder a entrevista proposta, em data e horários agendados conforme sua disponibilidade.

d) A pesquisadora entrevistadora - Cirurgiã-dentista Mestranda em Educação - CRISTHIANE APARECIDA MARIOT, poderá ser contactada, sendo responsável pela pesquisa, conforme consta no padrão Ético e Vigente no Brasil.

e) Estão garantidas todas as informações que você fornecer, antes, durante e depois do estudo.

f) A sua participação neste estudo é voluntária. Você tem a liberdade de recusar a participar do estudo, mas aceitando, terá todas as garantias de que sua identificação ficará em sigilo.

g) Não há riscos envolvendo esta pesquisa.

h) As informações relacionadas ao estudo poderão ser analisadas pelo Professor-orientador. Cabe salientar que as informações divulgadas em relatórios ou publicação serão feitas sob forma codificada, para que a confidencialidade seja mantida.

i) Todas as despesas necessárias para a realização da pesquisa são da responsabilidade do pesquisador, não havendo nenhum compromisso de ordem financeira para o entrevistado.

j) Pela sua participação no estudo, você não receberá qualquer valor em dinheiro.

k) Quando os resultados forem publicados, não aparecerá seu nome e, sim, um código.

Eu, _____ li o texto acima e compreendi a natureza e objetivo do estudo do qual fui convidado a participar. A explicação que recebi menciona os riscos e benefícios do estudo. Eu entendi o que posso fazer durante a pesquisa/entrevista e que a mesma não terá custos para mim.

Eu concordo voluntariamente em participar deste estudo.

Autorizo a gravação de minha entrevista - Sim () Não ()

ASSINATURA DO ENTREVISTADO

CRISTHIANE MARIOT

(ENTREVISTADORA)

CURITIBA, __/__/__